**浙江省省级继续医学教育线下项目变更线上项目**

**申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目申请单位 |  | 项目负责人 |  |
| 项目名称 |  | 项目编号 |  |
| 拟举办日期 |  | 计划招生人数 |  |
| 项目性质 | □新立项项目 □备案项目 | 授予学分数 |  |
| 申请理由 |  | | |
| 项目主办单位意见 | 单位盖章：  负责人签字：  年 月 日 | | |
| 地市继续医学教育委员会办公室意见 | 单位盖章：  年 月 日 | | |
| 省继续医学教育委员会办公室意见 | 单位盖章：  年 月 日 | | |