**《华西医院继续医学教育项目记录表》**

**项目主要负责人\_\_\_\_\_\_  联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目主办单位** |  | | | | | |
| **项目承办单位** |  | | | | | |
| **项目名称/题目** |  | | | | | |
| **培训日期** |  | **培训开始时间** | |  | **培训结束时间** |  |
| **培训地点** |  | | | | | |
| **拟授学分** | **国家I类 分** | | **省级I类 分** | | **II类 分** | |
| **培训内容介绍** | | | | | | |
| **培训日程与授课老师安排** | | | | | | |
| **参与培训对象** | | | | | | |
| **实际参加人数（需与签到表人数一致）** | | | | | | |

**项目负责人签名：**

**年　　月　　日**