

附件 1

项目单位、分支机构申报继续医学教育账号登记表

机构名称（全称）：			
申报账号			
地址：			
电话：			
邮政编码：			
申报单位继续医学教育工作负责人			
姓名：		职称：	
职务：		联系电话（座机）：	
手机：		传真：	
邮箱：			
申报单位继续医学教育工作联系人			
姓名：		职称：	
职务：		联系电话（座机）：	
手机：		传真：	
邮箱：			
申报单位意见			