附件3

**中国医院协会继续医学教育项目会议日程**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **日期** | **时间** | **教师姓名** | **单位** | **联系电话** | **授课题目** | **授课形式** |
| **提示** | 格式：2021/1/1 | 格式：10:00-12:00，不含报到和撤离时间 | 请准确填写教师姓名，以免影响授课核验 |  |  |  | 填写面授/线上/面授与线上结合，其他（请注明） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

此表复制有效