附件2

|  |
| --- |
| **广州市继续医学教育项目申报汇总表** |
| 盖章： |   |   | 填报日期： |   | 填报人： |   | 联系电话： |   |
| **序号** | **受理****编号** | **项目****类别** | **项目批次** | **项目名称** | **申报单位** | **推荐单位** | **项目负责人** | **项目负责人所在单位** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |