附件1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构信息导入模板** | | | | | |
| **编号** | **机构名称** | **组织机构代码** | **所属区域** | **区域编码** | **机构性质** |
| 1 | 导入第一个机构名称（须与所提供的组织机构代码证书内容保持一致） | 2369180（须与所提供的组织机构代码证书内容保持一致） | 成都市武侯区（指单位所属行政区划） | 51.01.07（所属行政区划的身份证号码前6位） | 6-省直属/7-市直属/8-普通机构（三选一） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 填表说明：[1.请各单位（省直属单位或省级学术团体直接报送）务必于2019年1月14日前，将拟举办省级中医药继续医学教育的中医医疗机构信息Excel表格发229544773@qq.com。](mailto:1.请各单位（省直属单位或省级学术团体直接报送）务必于2018年12月15日前，将拟举办省级中医药继续医学教育的中医医疗机构信息发229544773@qq.com。)  2.此信息导入“四川省继续医学教育行政管理平台”系统后，各单位才能举办2019年省级中医药继续医学教育项目，请各位及时报送。 | | | | | |

附件2

**四川省省级Ⅱ类中医药继续教育项目备案表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | | | | |
| 项目编号 |  | | | | | | | | | |
| 申办单位 |  | | | 联系电话 |  | | 联系人 | |  | |
| 举办起止日期 |  | | 举办地点 | |  | | | | | |
| 二三级学科（选填） |  | | 举办方式 | |  | | | | | |
| 拟授学分 |  | | 教学对象 | |  | | | | | |
| 内容简介 |  | | | | | | | | | |
| **项目讲授题目及内容简要** | | | | | | | | | | |
| **讲授题目** | | **内容** | | | | **授课教师** | | **学时** | | **教学方法** |
|  | |  | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  | |  |
| 备 注（多期举办等） | |  | | | | | | | | |