

附件 3

国家级继续医学教育项目立项内容变更申请表

项目编号					
项目名称					
申办单位		联系人		手机号码	
举办起止日期	年 月 日 至 年 月 日			举办期限	天
项目负责人 变更情况	原项目负责人			手机号码	
	变更后项目负责人			手机号码	
项目举办地 变更至外省 情况	是否为多期项目		若为多期项目，本次变更属于其中第几期		
	变更后举办地		当地合作举办单位		
变更原因					
项目申办单位 意见	(盖章) 年 月 日				
市继续医学教育委员会意见	(盖章) 年 月 日				
说明	变更项目负责人仅填写①本表，若变更举办地报需额外附上②通知，报市继续医学教育委员会办公室（QQ：349904078；电话：023-63608028）。				