2019年浙江省康复医学会培训继教工作计划申报表

申报单位： 填报人：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № 01 | | | |
| 项目名称 |  | | |
| 培训主题 |  | | |
| 培训地点 |  | | |
| 培训类型 | □新技术新业务 □技能培训 □竞赛 □其它 | | |
| 培训时间 | 月 日至 月 日 | 预计规模 | 人 |
| 项目预算 | 元 | 联系人员 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 备 注 | 申报单位系：□主办单位 □协办单位 □承办单位  学分是否已申请：□是 □否 （ 分） | | |
| № 02 | | | |
| 项目名称 |  | | |
| 培训主题 |  | | |
| 培训地点 |  | | |
| 培训类型 | □新技术新业务 □技能培训 □竞赛 □其它 | | |
| 培训时间 | 月 日至 月 日 | 预计规模 | 人 |
| 项目预算 | 元 | 联系人员 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 备 注 | 申报单位系：□主办单位 □协办单位 □承办单位  学分是否已申请：□是 □否 （ 分） | | |

负责人签名： 申报时间： 年 月 日