附件2

学会级中医药继续教育项目学分证书申领表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 项目编号 |  | | | 起至时间 |  | |
| 主办单位 |  | | | | | |
| 计划招生数 |  | | 申领证书数量（本） | | |  |
| 证书  领取  方式 | □自行提取 □委托继教项目办公室邮寄  （若自行提取，请提前一个工作日电话联系；需委托继教项目办公室邮寄请认真填写收件人地址、邮编等内容） | | | | | |
| 收件人姓名 |  | | | | |
| 收件人地址 |  | | | | |
| 邮政编码 |  | | | | |
| 电 话 |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| 主办  单位  意见 | 负责人签字：  （单位签章） | | | | | |

注：1.证书数量按计划招生数的110%申领；2.此表填写后须盖公章，于开班前15个工作日传真至010—84130490。