**附** **件** 4

**2026年度继续医学教育推荐项目汇总表**

推荐单位(盖章):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称**  **(期)** | **所在学科** **(二、三级**  **学科)** | **申报**  **单位** | 单位  联系 人 | 联系  电话  (手机) | 项 目  负责  人 | 联系  电话  (手机) | 举办  起止  日期 | 举办形式  (面授、远  程 ) | 举办地点 (远程为 教学网站) | 举办  天数/  期 | 拟授予  学分/ 期 | 拟招生  人数/ 期 | 备 注 |
| 1 | X培训班  ( 2 期 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ··· |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |