**附件6**

**中国非公立医疗机构协会**

**分支机构申报国家级继续医学教育项目工作联系表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分支机构全称 |  | | |
| 分支机构网址 |  | | |
| 分支机构主委、会长 | | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 | 区号 座机 | 联系电话(手机) |  |
| 传真 |  | 邮编 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | |
| 分支机构秘书长 | | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 | 区号 座机 | 联系电话(手机) |  |
| 传真 |  | 邮编 |  |
| 通信地址 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | |
| 分支机构继续教育工作负责人 | | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 | 区号 座机 | 联系电话(手机) |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 分支机构继续教育具体联系人 | | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 | 区号 座机 | 联系电话(手机) |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 分支机构意见 | 以上我单位联系信息准确无误，同意上报。  盖 章  负责人签字:  年 月 日 | | |