**继续医学教育信息系统**

**申报单位账号申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请账号类别 | | □国家级CME项目网上申报及信息反馈系统(简称国家级系统)账号  □中华医学会继续医学教育项目管理系统(简称会级系统)账号 | | |
| 专科分会全称 | |  | | |
| 专科分会届次 | |  | | |
| 专科分会网址 | |  | | |
| 专科分会主任委员 | | | | |
| 姓名 | |  | 所在单位全称 |  |
| 联系电话(座机) | |  | 联系电话(手机) |  |
| 传真 | |  | 邮编 |  |
| 通信地址 | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | |
| 专科分会分管继续医学教育工作的负责人 | | | | |
| 姓名 | |  | 所在单位全称 |  |
| 专科分会的任职 | |  | 联系电话(座机) |  |
| 联系电话(手机) | |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 | |  | | |
| 专科分会继续医学教育工作联系人 | | | | |
| 姓名 | |  | 所在单位全称 |  |
| 专科分会的任职 | |  | 联系电话(座机) |  |
| 联系电话(手机) | |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 | |  | | |
| 专科分会意见 | 盖 章  主委签字:  年 月 日 | | | |
| 继续教育部意见 | 盖 章  主任签字:  年 月 日 | | | |
| 账号领用记录 | 账号领用人姓名: 账号领用人身份证号:  账号领用人联系电话:  领用人签字:  领用时间: 年 月 日  账号发放人签字:  发放时间: 年 月 日 | | | |

注:

1. 专科分会填写除继续教育部意见、领用人签字、领用时间、账号发放人签字、发放时间之外的其他所有内容，主委签字加盖专科分会公章后，请将原件快递至：100710 北京市东城区东四西大街42号 中华医学会继续教育部 宋磊 收，联系电话010-85158403。

2. 继续教育部审核合格后，将通知专科分会账号领用人凭个人身份证前来现场签字领取账号。