**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。