**附件4：**

**中国康复医学会继续医学教育信息系统**

**分支机构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 | | |
| 分支机构全称 | |  | | |
| 分支机构届次 | |  | | |
| 分支机构主任委员 | | | | |
| 姓名 |  | | 所在单位全称 |  |
| 电话(座机) |  | | 电话(手机) |  |
| 传真 |  | | 邮编 |  |
| 通信地址 |  | | | |
| 电子邮箱 |  | | | |
| 分支机构分管继续医学教育工作的负责人 | | | | |
| 姓名 |  | | 所在单位全称 |  |
| 专委会任职 |  | | 电话(座机) |  |
| 电话(手机) |  | | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  | | | |
| 分支机构继续医学教育工作联系人 | | | | |
| 姓名 |  | | 所在单位全称 |  |
| 专委会任职 |  | | 电话(座机) |  |
| 电话(手机) |  | | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  | | | |

主任委员审核签字： 年 月 日

注：该表需分支机构主任委员确认签字后，将扫描件发至学会培训部邮箱（peixunbu@carm.org.cn），培训部审核后，将分支机构继教项目申报账号及密码发至主任委员邮箱。