附件2

2023年度朝阳区继续医学教育完成情况登记表

机构名称：（盖章）

填表人： 联系电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职称 | IC卡卡号 | 是否达标 |
|  |  |  |  | 此处由审验人员填写 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：此表若不够可自行添加；请机构继教管理人员将审验结果告知到个人。

除盖章**扫描件**外，此表**word格式文件**填完后也需发送至邮箱cyqwsrczx@bjchy.gov.cn。