**北京市朝阳区卫生健康委员会2023年**

**继续医学教育项目承办申请书**

一、基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目申报单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | 传真电话 |  |
| 法定代表人 |  | 法人代码 |  |
|  | 姓名 | 职务 | 办公电话 | 手机 |
| 负责人 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |
| 报价（单位：万元） |  | 计划完成时间 |  |

二、申报单位简介

|  |
| --- |
|  |

三、项目实施工作方案

|  |
| --- |
|  |
|  |

四、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任负责人签字： 申报单位公章 年 月 日 |