**广东省医学会继教项目取消举办申请表**

填表人： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编号 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  |
| 拟举办日期 |  | 拟授学分 |  |
| 拟举办地点 |  |
| 取消举办原因 | **因以下不可抗力因素导致项目无法开展的项目可申请取消举办：**☐拟举办地持续自然灾害超过6个月☐拟举办地疫情高风险持续时间超过6个月☐拟举办地未批准项目举办☐项目负责人因疾病、死亡、拘役或解除职务等不可履职的☐超过50%授课教师因疾病、死亡、拘役或解除职务等不可履职的 |
| 项目负责人意见 | 签名： 日期 |
| 专科分会主任委员意见 | 签名： 日期 |
| 广东省医学会审查意见 | 签名： 日期 |