附件1

辽宁省继续医学教育信息系统账号

申请模板

申请单位名称：

申请单位类型：□医疗卫生机构 □社会组织 □企业

统一社会信用代码：

法定代表人：

账号使用人姓名：

账号使用人手机号：

账号使用人电子邮箱：

申请单位：（公章）

年 月 日

[此申请加盖公章后以PDF文件形式（连同WORD版）发送至lnsjxyxjybgs@163.com](mailto:此申请加盖公章后以PDF文件形式（连同WORD版）发送至lnsjxyxjybgs@163.com)。

附件5

微信交流群二维码

