|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

广东省继续医学教育项目

申 报 表

项目名称

所在学科

（二、三级学科）

申报单位（盖章） 广东省医学会

邮政编码

申报日期

**填表说明**

1. 项目的申请代码系网上申报时自动生成。
2. 项目网上申报后，点击项目的申请代码可显示所申报的项目并可打印生成纸表（授课教师需在纸表的授课教师签字栏签字），纸表也需按相关要求逐级上报。
3. 本表填写具体要求如下：

1．本表所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填，表达要简单、明确。

2．填写思路：

 ⑴ 体现本申报项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性；

 ⑵ 分析本申报项目的培训需求；

 ⑶ 介绍培训效果的具体评估方法。

3．项目负责人至少应具有副高级专业技术职务，负责的项目内容须是其所从事的主要专业或研究方向，其当年新申报的国家级继续医学教育项目最多不超过2项。

4．教学对象须符合该学科继续教育对象的要求。

5．项目举办方式有：学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班、讲习班、学习班等。

6．教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼等与教学无关的时间。

7．学分计算方式：

继续医学教育项目活动一般在一个月以内，三天以上。参加者经考核合格，按每6学时授予1学分；主讲人每学时授予2学分。半天按6学时计算，1天按9学时计算。每个项目所授学分数最多不超过10学分。

1. 填写项目申报表时，所填内容系指举办一期活动而言。如同一项目举办一期以上时，请填写每期相应的举办时间与举办地点，总举办期数最多不超过6期。

|  |
| --- |
| **国内外本领域的最新进展** |
|  |
| **本领域存在的问题** |
|  |
| **项目的目标** |
|  |
| **项目的创新之处** |
|  |
| **项目培训需求及效益、效果分析** |
|  |
| **主办单位近几年与项目有关的工作概况****（包括开展的培训、科研工作以及师资队伍情况）** |
|  |
| **项****目****负****责****人****简****况** | **姓名** |  | **性别** |  | **年 龄** |  |
| **职称** |  | **职务** |  | **最后学历** |  |
| **身份证号码** |  |
| **工作简历** |
|  |
| **教育经历** |
|  |
| **本人曾开展过哪些相近的培训** |
|  |
| **本人曾开展过哪些相近的研究** |
|  |
| **本人曾发表过哪些相近的文章** |
|  |
| **项目讲授题目及内容简要** |
| **讲授题目** | **内容** | **授课教师** | **学时** | **教学****方法** |
| 不得脱离项目主要方向 | 不得脱离项目主要方向 |  | 理论授课单节课不得超过2学时 |  |
|  |  |  | 技术及实操科单节课不得超过4学时 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **姓名** | **专业技术 职务** | **主要研究方向** | **所 在 单 位** | **签字** |
| **主****要****授****课****教****师** |  | 副高及以上职称 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **举办方式** |  |
| **举办起止日期** |  |
| **举办期限（天）** |  | **考核方式** |  |
| **教学对象** |  | **拟招生人数** |  |
| **教学总学时数** |  | **讲授理论时数** |  |
| **实验（技术示范）时数** |  |
| **举办地点** |  | **拟授学员学分** |  |
| **主办单位** | **广东省医学会** | **联系电话** |  | **联系人** |  |
| **申报单位** | **广东省医学会** | **联系电话** |  | **联系人** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **项目负责人通讯地址** |  |
| **项目负责人联系电话** |  | **邮政编码** |  |
| 市卫生局（市继续医学教育委员会）、高等医学院校、厅直属单位、有关一级学术团体意见 |  **盖章 年 月 日** |
| 广东省继续医学教育委员会学科组审查意见 |  **签字 年 月 日** |
| 广东省继续医学教育委员会审批意见 |  **盖章 年 月 日** |
| **备 注** | 请备注项目所属专科分会。 |