附件1

绵阳市继续医学教育项目

申 报 表

 项目编号

 项目名称

 项目类别

 项目类型

 所在学科

 （二、三级学科）

 申办单位（盖章）

 邮政编码

 联系地址

 申报日期

**填表说明**

一、本申报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。

二、申报表须按规定程序要求，经项目负责人和授课教师签字、申办单位签署意见并加盖公章后，报绵阳市继续医学教育委员会审批。

三、申报表填写具体要求如下：

（一）申报表填写思路：

 1. 体现本申报项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性；

 2. 分析本申报项目的培训需求；

 3. 介绍培训效果的具体评估方法。

（二）教学对象须符合该学科继续教育对象的要求。

（三）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。

（四）教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼及与教学无关的时间。

（五）学分计算方式：

参加者经考勤和考核合格，按每6小时授予1学分；主讲人每小时授予1学分。按规定每天最多按8小时计算学分，每个项目所授学分数最多不超过8学分。

（六）填写项目申报表时，所填内容系指举办一期活动而言，如相同活动举办一期以上时，请根据实际情况填写每期相应的举办时间与举办地点。

（七）项目编号：各单位按照市级继教医学教育项目编号说明编制前3组内容，序号由市继教办编制。

（八）项目类别包括公共知识类和专业知识类，项目类型包括基础类、提高类和前沿类。

（九）基层机构包括：社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室（站）；少数民族地区包括北川羌族自治县、平武县。

四、市级继续医学教育项目编号说明

1. 组成

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 0 | 1 | 8 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |

 （1） （2） （3） （4）

1. 当年年度
2. 二级学科分类代码
3. 三级学科分类代码
4. 序号

例： 2018年普通外科项目编号为：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 0 | 1 | 8 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **市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** |
|  |
| **申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** |  | **出生年月日** |  |
| **职称** |  | **职务** |  | **最高学历** |  |
| **工作单位** |  | **是否在职（岗）** |  | **从事专业** |  |
| **是否参与项目授课** |  | **项目负责人签字** |  |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **授****课****教****师** | **理论授课教师** | **姓名** | **专业技术职称** | **主要研究方向** | **所 在 单 位** | **签字** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **实验（技术示范）教师** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **举办方式** |  |
| **举办起止日期** | **年 月 日 —— 年 月 日** |
| **举办期限（天）** |  | **考核方式** |  |
| **教学对象** |  | **拟招生人数** |  |
| **是否面向基层** |  | **是否面向少数民族地区** |  |
| **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** |  |
| **申办单位** |  | **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** |  |
| **项目多期举办** |
| **开始时间** | **结束时间** | **举办地点** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **申办单位意见** |   **盖章 年 月 日** |
| **各县市区（园区）继续医学教育委员会办公室审批意见** |  **盖章 年 月 日** |
| **市（州）继续医学教育委员会办公室审批意见** | **盖章 年 月 日** |
| **备注** |  |