申请代码：

2022年浙江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）

申报日期

浙江省继续医学教育委员会制

填表说明

一、认真阅读《继续医学教育项目承诺书》并在承诺书上签字。

二、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成，申报表填写内容须打印。

三、本申报表所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填，表达要明确。

四、项目举办方式有：面授（学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班等），网络教学。

五、填写申办单位、项目负责人及授课教师工作单位名称时，需完整填写单位的标准名称（与单位公章相一致）。

六、每位项目负责人新申报省级继续医学教育项目最多不超过2项且需承担项目的授课任务，同一项目只能通过一个单位申报。

七、申报单位授课师资一般应占授课师资总数的三分之二以上，项目负责人授课时数应不少于总课时的五分之一;学分授予按3学时授予1学分，每个项目所授学分最多不超过5学分。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。

八、申报项目拟招生人数应提前做好计划，项目举办时招生人数原则上不得超过计划招生人数，教学对象须符合申报学科继续教育对象的要求。

九、填写项目申报表时，如同一项目举办一期以上，请填写每期相应的举办时间与举办地点，线下项目每年举办的期数不超过6期。

十、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）。

继续医学教育项目承诺书

在组织举办继续医学教育项目期间，本人郑重承诺：

加强继续医学教育培训质量，严格考试和考核，不随意变更任课教师和压缩教学时数，不借用立项的名称举办其他内容的学习班，加强学分管理，杜绝弄虚作假、乱授学分和乱发证书。

坚持继续医学教育活动公益性质，严格继续医学教育项目经费管理，按照财务规定合规收费规范使用。坚决抵制商业贿赂，不接受企业及相关利益方提供的赞助、商业展览、旅游和娱乐等服务，不收受企业及相关利益方各种名义的财物。

落实意识形态主体责任，严把意识形态审核关，对所负责的项目做好意识形态审查工作，传播正能量，绝不给错误思想观点提供传播渠道。

不在国家明令禁止举办会议培训的风景名胜区举办项目，不组织与项目无关的参观考察和旅游观光活动。

以上承诺本人认真履行，如有违反愿承担相关责任。

项目负责人签名：

年 月 日

项目负责人基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 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 |  |
| 本人临床、教学、学术主要成绩 |
|  |

申报项目信息

|  |
| --- |
| 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 | 创新性 |
| 国内首创 | 省内首创 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 举办形式 | 线上🞎 线下🞎 | 是否面向基层 | 是🞎 否🞎 |
| 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 |  |
| 其中基层单位学员人数 |  |
| 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 |  |
| 申报单位 |  | 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 |  |
| 主办单位意见 |  盖章 年 月 日 |
| 市继续医学教育委员会或省级医疗卫生单位意见 |  盖章 年 月 日 |
| 浙江省继续医学教育委员会办公室意见 |  盖章 年 月 日 |
| 备 注 |  |