附件2

申请代码：

2025年度继续医学教育项目申报书

项目名称

所在学科

(二、三级学科)

申报单位(盖章)

申报日期

**国家卫生健康委科技教育司制**

**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 、项目的申请代码先空着，推荐项目需由各单位行政部门填写推荐意见。

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(线下或线上线下相结合的学习，如学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班、讲习班、学习班等)和远程(线上学习)。

五 、填写申报单位、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、学分授予按3小时授予1学分，每个项目所授学分最多不超过 10学分(其中，每个远程项目最多不超过3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。

七、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，面授项目人数原则控制在250人以内。

八 、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。

九 、申报单位要保证项目执行率，避免出现重立项轻举办的情况，项目执行率将作为下一年度项目申报的重要参考依据。

**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：

1.加强继续医学教育培训质量，严格考试和考核，不随意变更授课教师、不压缩教学时数，不借用本项目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。

2.坚持继续医学教育活动公益性质，严格项目经费管理，按照财务规定合规收费规范使用，不以营利为目的。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。课件不含医药企业或产品的标识、商品名、广告或产品组信息。

3.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。

4.不以继续医学教育名义组织与培训无关的活动，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。

5.严格遵守医疗卫生行业会议活动管理的相关要求，不进行产品推介活动，不从事其他有关法律法规明令禁止的行为。

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

**申报项目信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  |
| 项目负责人身份证号码 | | |  | | | | |
| 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 | |  | |
| 项目负责人在临床诊疗、临床教学、学科发展与学术等方面主要成绩(不少于300字) | | | | | | | |
| 项目负责人近三年获批国家级、省级继续医学教育项目(含备案项目)情况，并填写项目编号 ：  2021年国家级、省级继续医学教育项目执行情况，是口否口。项目编号：  2022年国家级、省级继续医学教育项目执行情况，是口否口。项目编号：  2023年国家级、省级继续医学教育项目执行情况，是口否口。项目编号： | | | | | | | |
| 项目申报单位及项目负责人所在科室或拟合作举办单位基本情况(主要表述与项目有 关的基本情况，如组织架构、配套政策、经费支持、培训场地、师资队伍建设等方面) (不少于300字) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 培训需求分析(含学员实际需求、目前本领域现状和存在问题等)、培训内容简介(不少 于500字) | | | | |
| 培训目标和拟达到的培训效果及项目创新点(不少于800字) | | | | |
| 国内外本领域的最新进展 | | | | |
| 教学设计思路，拟达到的培训效果及评估方法(如：教案撰写、集体备课；以学生为中心； 教学反思设计；教学评价等)(不少于500字) | | | | |
| 项目讲授题目及具体授课内容 | | | | |
| 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 | | | | 联系方式 |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
| 实验 ( 技 术示 范 ) 教师 |  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | |  |
| 举办 形式 | | 远程口面授口 | | 是否面向中西部地区 | | | | 是 口 否 口 | | |
| 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 | | | |  | | |
| 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 | |  | |
| 同行评议  (1名本专业副高级以上专家  意见、非本单位  人员) | | 填写推荐理由(不少于100字)  签字 年 月 日 | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位意见 | 盖章 年 月 日 |
| 省级卫生健康行政部门意见 | 盖章 年 月 日 |
| 备注 |  |