### **关于转发<河南省继续医学教育委员会关于申报2020年省级继续医学教育项目的通知>的通知**

各医疗卫生机构、各学（协）会：

现将《河南省继续医学教育委员会关于申报2020年省级继续医学教育项目的通知》转发给你们，请按文件要求，扎实开展申报工作。

本通知在洛阳医学网（http://www.lyyxw.cn）予以公布。

联系人：李冰、陈艺； 联系电话：63322201

 2019年11月19日

### **河南省继续医学教育委员会关于申报2020年省级继续医学教育项目的通知**

各省辖市、直管县（市）继续医学教育委员会、省直医疗卫生单位、高等医学院校、省级医疗卫生类学（协）会：

为贯彻落实《“十三五”期间深化医药卫生体制改革规划》和《医药卫生中长期人才发展规划（2011－2020年）》，推进继续医学教育工作，根据《河南省继续医学教育项目申报及认可办法》的要求，现就做好2020年省级继续医学教育项目申报工作通知如下：

**一、申报时间**

2020年省级继续医学教育项目采用网上申报，申报时间：2019年11月15日至12月05日。

请各有关单位（各级行政用户）在上一级规定的申报时间范围内设定本级的申报时间，做好项目申报工作。

**二、申报途径**

河南省继续医学教育管理平台（以下称平台），网址：http://hncme.henanyixue.com/。

**三、相关要求**

（一）根据《国家卫生健康委办公厅关于落实为基层减负措施改进继续医学教育有关工作的通知》（国卫办科教函﹝2019﹞702号）精神，为了推动远程继续医学教育，申办项目获批举办后，须将教师授课视频和音频资料上传至平台，并签订授课音视频和幻灯片授权书（详见附件2）,供河南省继续医学教育委员会办公室免费用于基层医务人员远程学习使用，授权书在上报执行情况时一并提交到平台。

（二）各地、各单位要重视项目申报工作，充分认识到举办项目对提高学科专业水平，培养和锻炼师资队伍的重要性；认真组织项目申报人和相关人员学习《河南省继续医学教育项目申报及认可办法》和《河南省继续医学教育学分授予及登记管理办法》有关规定，使其明确省级继续医学教育项目申报的要求。

（三）项目申报应紧密围绕卫生人才培养的重点需求，突出科学性、针对性和可推广性的特点。申报的学科专业包括：基础医学（基础形态和基础机能），临床内科学（含传染病学科和精神卫生学科），临床外科学（含麻醉及皮肤、性病学科），妇产科学，儿科学，眼、耳鼻喉学科，口腔医学，影像医学，急诊学，医学检验，公共卫生与预防医学，药学，护理学，医学教育与卫生管理，康复医学，全科医学。

（四）项目申报工作实行属地管理。各省辖市市属的医疗卫生机构向省辖市继续医学教育委员会申报，省辖市继续医学教育委员会对项目进行评审后上报省继续医学教育委员会。各省直医疗卫生单位、医学院校、省级学（协） 会直接向省级继续医学教育委员会申报。各级职能部门要认真负责组织，指导到位，积极申报，并对申报的项目从形式到内容进行把关，保证项目的质量。各级相关管理部门须按要求认真核审，须组织专家对项目进行评审，评审通过的项目，按相关要求报省继续医学教育委员会办公室。省级继续医学教育项目申报不收费。

（五）省级继续医学教育项目申报表（附件1）填报要求：

1.申办单位须为医疗卫生或相关的教学、科研等机构；

2.项目的申办单位须由其行政管辖的上级部门予以建立申报用户（立项用户）并通过该用户申报项目。不可重复申报；

3.填表前须认真阅读申报表中的填表说明；

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

5.根据所报项目内容正确选择相应的学科专业，学科专业的详细分类与代码见申报表（附件1）或河南省继续医学教育管理平台代码查询中的学科分类代码；

6.按要求如实、准确、认真填写申报表中的各项内容。如有不实、虚假、错误信息及未按要求填写，一经发现，将不予通过；

**7.同单位相同专业学科只限申报1项；**

8.项目负责人应具有副高级及以上专业技术职称，负责的项目内容须是其所从事的主要专业或研究方向，其当年负责的新申报项目最多不超过1项且须承担项目的授课任务。项目负责人须为在职（岗）工作人员；

9.项目理论授课教师应具有副高级及以上专业技术职称，实验（技术示范）教师应具有中级及以上专业技术职称，其专业应符合授课内容的学科专业；

10.项目的举办地点须在中国内地，严禁在国家明令禁止举办会议的风景名胜区举办；

11.严禁组织与项目无关的参观、考察等活动，严禁组织学员旅游观光；

12.每项省级继续医学教育项目每年举办的期（次）数原则上不得超过1期（次）；

（六）各申办单位通过平台网上填报的项目上报后，还需报送纸质申报材料（注：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进行打印），纸质申报材料中的项目负责人和授课教师签字栏须由项目负责人和授课教师签字确认，在申办单位同意并加盖单位公章后逐级上报至省辖市继续医学教育管理部门（含其他向省继续医学教育委员会办公室直接申报项目的单位）存档，纸质申报材料不需向省继续医学教育委员会办公室报送。

**四、其他**

凡弄虚作假等违规申报，一经发现将视情节轻重分别给予不批准、批评、通报、责令停办、取消1～3年申报资格等处罚。

**五、联系方式**

联系人：李木旺  马辛声；联系电话：0371－85963987

**六、文件公布**

本文件在河南医学网（http://www.henanyixue.com）和河南省继续医学教育管理平台（http://hncme.henanyixue.com）予以公布。

附件：[1、2020年河南省继续医学教育项目申报表](http://hncme.henanyixue.com/UploadFile/kindeditor/file/20191118/20191118153920_4479.doc%22%20%5Ct%20%22http%3A//hncme.henanyixue.com/web/newscontent/_blank)

    [2、授课音视频和幻灯片授权书](http://hncme.henanyixue.com/UploadFile/kindeditor/file/20191115/20191115120223_9020.docx%22%20%5Ct%20%22http%3A//hncme.henanyixue.com/web/newscontent/_blank)

2019年11月3日

**附件1:**

 申请代码：

**2020年河南省级继续医学教育项目**

**申 报 表**

项目名称

所在学科

申办单位（盖章）

邮政编码

申报日期

申报承诺书

根据《国家卫生健康委办公厅关于落实为基层减负措施改进继续医学教育有关工作的通知》（国卫办科教函﹝2019﹞702号）精神，为了推动远程继续医学教育的开展，本项目负责人承诺：申办项目获批举办后，将教师授课视频和音频资料上传至河南省继续医学教育管理平台，并签订授课音视频和幻灯片授权书,供河南省继续医学教育委员会办公室免费用于基层医务人员远程学习使用，授权书在上报执行情况时一并提交到河南省继续医学教育管理平台。

 承诺人：

填 表 说 明

一、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、申报表填写具体要求如下：

1、所在学科（代码）请按照所附“河南省继续医学教育项目学科分类与代码”填写。

2、项目内容一栏要求写出讲授题目。

3、教学对象须符合该学科继续医学教育对象的要求。

4、项目举办方式有：学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班、学习班等。

5、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。

6、学分计算方法：参加者经考核合格，按每3学时授予1学分；主讲人每学时授予2学分。半天按3学时计算，1天按6学时计算。每个项目所授学分数最多不超过10学分。

三、申报表在网上平台填报后，点击项目的申请代码，显示所申报的项目可打印出纸质申报表。

**省级继续医学教育项目学科分类与代码**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **代码** | **学科名称** |  | **代码** | **学科名称** |
| **01-** | **基础形态** |  | **06-** | **儿科学** |
| 01-01- | 组织胚胎学 |  | 06-01- | 儿科内科学 |
| 01-02- | 解剖学 |  | 06-02- | 儿科外科学 |
| 01-03- | 遗传学 |  | 06-03- | 新生儿科学 |
| 01-04- | 病理学 |  | 06-04- | 儿科学其他学科 |
| 01-05- | 寄生虫学 |  | **07-** | **眼、耳鼻喉学科** |
| 01-06- | 微生物学 |  | 07-01- | 耳鼻喉科 |
| **02-** | **基础机能** |  | 07-02- | 眼科学 |
| 02-01- | 生理学 |  | **08-** | **口腔医学学科** |
| 02-02- | 生物化学 |  | 08-01- | 口腔内科学 |
| 02-03- | 生物物理学 |  | 08-02- | 口腔外科学 |
| 02-04- | 药理学 |  | 08-03- | 口腔正畸学 |
| 02-05- | 细胞生物学 |  | 08-04- | 口腔修复学 |
| 02-06- | 病生理学 |  | 08-05- | 口腔学其他学科 |
| 02-07- | 免疫学 |  | **09-** | **影像医学学科** |
| 02-08- | 基础医学其他学科 |  | 09-01- | 放射诊断学 |
| **03-** | **临床内科学** |  | 09-02- | 超声诊断学 |
| 03-01- | 心血管病学 |  | 09-03- | 放射肿瘤学 |
| 03-02- | 呼吸病学 |  | 09-04- | 影像医学其他学科 |
| 03-03- | 胃肠病学 |  | **10-** | **急诊学** |
| 03-04- | 血液病学 |  | **11-** | **医学检验** |
| 03-05- | 肾脏病学 |  | **12-** | **公共卫生与预防医学** |
| 03-06- | 内分泌学 |  | 12-01- | 劳动卫生与环境卫生学 |
| 03-07- | 神经内科学 |  | 12-02- | 营养与食品卫生学 |
| 03-08- | 传染病学 |  | 12-03- | 儿少卫生与妇幼卫生学 |
| 03-09- | 精神卫生学 |  | 12-04- | 卫生毒理学 |
| 03-10- | 内科学其他学科 |  | 12-05- | 统计流行病学 |
| **04-** | **临床外科学** |  | 12-06- | 卫生检验学 |
| 04-01- | 普通外科学 |  | 12-07- | 公共卫生与预防医学其他学科 |
| 04-02- | 心胸外科学 |  | **13-** | **药学** |
| 04-03- | 烧伤外科学 |  | 13-01- | 临床药学和临床药理学 |
| 04-04- | 神经外科学 |  | 13-02- | 药剂学 |
| 04-05- | 泌尿外科学 |  | 13-03- | 药物分析学 |
| 04-06- | 显微外科学 |  | 13-04- | 药事管理学 |
| 04-07- | 骨外科学 |  | 13-05- | 药学其他学科 |
| 04-08- | 肿瘤外科学 |  | **14-** | **护理学** |
| 04-09- | 颅脑外科学 |  | 14-01- | 内科护理学 |
| 04-10- | 整形、器官移植外科学 |  | 14-02- | 外科护理学 |
| 04-11- | 麻醉学 |  | 14-03- | 妇产科护理学 |
| 04-12- | 皮肤、性病学 |  | 14-04- | 儿科护理学 |
| 04-13- | 外科学其他学科 |  | 14-05- | 护理其他学科 |
| **05-** | **妇产科学** |  | **15-** | **医学教育与卫生管理** |
| 05-01- | 妇科学 |  | 15-01- | 医学教育 |
| 05-02- | 产科学 |  | 15-02- | 卫生管理 |
| 05-03- | 妇产科学其他学科 |  | **16-** | **康复医学** |
|  |  |  | **17-** | **全科医学** |
| **省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** |  | **年龄** |  |
| **职称** |  | **职务** |  | **最高学历** |  |
| **工作单位** |  | **是否在职（岗）** |  | **从事专业** |  |
| **身份证号码** |  | **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **主****要****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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **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** |  |
| **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** |  |
| **填表人** |  | **联系电话** |  |
| **项目负责人通讯地址** |  |
| **项目负责人联系电话** |  | **项目负责人邮政编码** |  |
| **各省辖市继续医学教育委员会或省属单位、医学院校、省级学（协）会意见** |  **盖章 年 月 日** |
| **备 注** |  |

**附件2：**

**授课音视频和幻灯片授权书**

本人授权将本项目（项目编号： ）的授课音视频和幻灯片无偿提供给河南省继续医学教育委员会办公室免费用于基层医务人员继续医学教育学习使用。

授权人保证：

（1）授课内容是授权人独立取得的原创性研究成果；

（2）授课内容不涉及国家机密；

（3）授课音视频和幻灯内容不侵犯他人著作权和其它权利；

（4）签字授权人保证其本人具有签署此授权书并做出各项承诺之权利。

河南省继续医学教育委员会办公室承诺所有授课音视频和幻灯片及相关录制品只应用于继续医学教育，不应用于其它任何商业目的。

授权人签名：

年 月 日