洛继医委〔2021〕1号

**关于申报2021年市级继续医学教育项目的通知**

各医疗卫生机构、各学（协）会：

为加强继续医学教育管理，推进继续医学教育有序开展，根据《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》的要求，现就做好2021年市级继续医学教育项目申报工作通知如下：

一、申报时间

2021年2月22日至2021年3月12日。

请各有关单位在规定的申报时间范围内完成申报工作，逾期不再受理。

二、申报途径

2021年申报项目由各机构汇总后，将申报项目的文本打印材料和电子版一同上报洛阳市继续医学教育委员会审定。

三、申报要求

1、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，培养和锻炼医疗队伍的重要性；认真组织项目申报人和相关人员学习继续医学教育项目申报的有关规定，使其明确继续医学教育项目申报的要求。

2、市级Ⅱ类继续医学教育项目申报工作实行属地管理。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。

3、申报单位、项目负责人及授课教师资质

（1）申报单位为市内医疗卫生或相关的教学、科研，学（协）会等机构。

（2）市级项目负责人为中级以上专业技术职称，负责的项目内容须是其所从事的主要专业或研究方向，项目负责人须为在职（岗）工作人员，需承担项目的授课任务。每位项目负责人申报市级项目不超过2项。

（3）市级项目理论授课教师应具有中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（研究生以上学历且工作3年以上可放宽到初级职称)。

四、填报要求

1、填表前须认真阅读申报表中的填表说明，所填内容必须实事求是，文字表述要准确、完整、简洁，符合各个要素的要求。申报表填写内容须打印，文本材料一式二份。申报材料在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，申办单位同意并加盖单位公章。

2、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)。

3、根据所报项目内容正确选择相应的学科专业及学科代码(学科代码详见申报表中的《市级继续医学教育项目学科分类与代码》)。

4、市级项目按天授予学分；每天授予1学分，市级最高限不超过3学分。如按半年、季、月等期（届、次）申报的项目视为同一继续医学教育项目，所招收学员不得重复。

5、项目名称前不得冠以“河南省”、“河南”、“全国”、“中国”、“中华”、“国际”等字样。

6、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；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。

五、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。

六、文件公布

本文件在洛阳医学网（http://www.lyyxw.cn）予以公布。

七、联系方式

联系人：李冰、陈艺；联系电话：0379-63322201。

地址：洛阳市继续医学教育委员会办公室，洛阳市洛龙区市卫生监督局九楼909房间，邮编：471000。

电子邮箱：[jxjybgs@126.com。](mailto:jxjybgs@126.com。)

附件：1、洛阳市继续医学教育项目申报表

1. 洛阳市继续医学教育项目列表

2021年2月22日

附件1

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

洛阳市继续医学教育项目

申 报 表

项目名称

所在学科

（二、三级学科）

申报单位(盖章)

邮政编码

申报日期

洛阳市继续医学教育委员会办公室 制

填 表 说 明

一、申报表所列内容必须实事求是，逐项认真填写，文字表述要准确、完整、简洁，符合各个要素的要求。

二、申报表填写内容须打印；若表内填写不完，可用同样大小的纸续写。

三、申报表填写具体要求如下：

1、所在学科（代码）请按照所附“市级继续医学教育项目学科分类与代码”填写。

2、项目名称前不得冠以“河南省”、“河南”、“全国”、“中国”、“中华”、“国际”等字样。

3、项目内容一栏要求写出讲授题目。

4、授课时间填写“xx月xx日”。

5、授课方式填写“理论或实践”。

6、考试方式填写“笔试或问答”。

6、报送的打印申报材料授课教师签字栏需由“授课教师签字”。

7、教学对象须符合该学科继续医学教育对象的要求。

8、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。

9、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。

10、学分计算方法：参加者经考核合格，按每1天授予1学分；每个项目所授学分数原则上不超过3学分。

**市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** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目负责人姓名** | | |  | | | | **性别** | | |  | | **年龄** | | | |  | |
| **职称** | | |  | | | | **职务** | | |  | | **最高学历** | | | |  | |
| **联系电话** | | |  | | | | **是否在职（岗）** | | |  | | **从事专业** | | | |  | |
| **工作单位** | | |  | | | | | | | | | **项目负责人签字** | | | |  | |
| **项**  **目**  **负**  **责**  **人**  **简**  **况** | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **姓 名** | | **专业技**  **术职称** | | **所在单位** | | | **讲授题目** | | | | | **授课时间** | **授课**  **方式** | | **授课老师签字** |
| **项目**  **负责人** | |  | |  | |  | | |  | | | | |  |  | |  |
| **主**  **要**  **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** | | |  | | | |
| **教学总天数** | | | |  | | | | **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** | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **填表人姓名** | | | |  | | | | | | | **联系电话** | | |  | | | |
| **填表人通讯地址** | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **申办**  **单**  **位**  **近**  **几**  **年**  **与**  **项**  **目**  **有**  **关**  **的**  **工**  **作**  **概**  **况** | **市内外本领域的最新进展** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本领域存在的问题** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目的目标、需求、创新及效果分析** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市专科学会**  **意见** | | | | | **签字 ：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **市级学（协）会审查意见** | | | | | **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **市继续医学教育委员会审批意见** | | | | | **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **备 注** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  洛阳市继续医学教育项目列表 | | | | | | | |
| 序号 | 项目名称 | 负责人 | 联系电话 | 主办单位 | 拟办时间  起止时间 | 拟招生  人数 | 学科 |
| 1 |  |  |  |  | 例：2018.6.3-6.4  2天 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：各医疗卫生机构、各学（协）会汇总后集中上报。 | | | | | | | |

洛阳市继续医学教育委员会办公室 　　　 2021年2月22日