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3学时授予1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** | | | | |  | | | | | | | | | | | | |