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

**山西省继续医学教育项目**

**申 报 表**

**项目名称**

**所属学科**

**申报单位**

**项目类别 省级I类 □ 省级II类□ 国家级□**

**申报日期**

**填表人姓名及联系方式**

**填 表 说 明**

一、本申报表所列内容必须实事求是，逐项认真填写，不要漏填，表达要简单、明确。

二、申报表填写内容须用A4纸打印。

三、申报表须按规定程序要求、经单位签署具体意见，并盖章后，如期（以邮戳为准）上报山西省继续医学教育委员会，过时不予受理。

四、若表内填写不完，可用同样大小的纸读写。

五、申报表填写具体要求如下：

1．项目内容一栏要求写出讲授题目，并作简要描述。

2．教学对象须符合该学科的继续医学教育对象的要求。

3．项目举办方式有：学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班、讲习班、学习班等。

4．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

5．学分计算方法：省、市级继续医学教育项目，参加者经考核合格，每6小时授予1学分，每次活动最多授予10学分；主讲人每两小时授予1学分。

6.考核方式有：笔试、问卷

**一、基本信息**

|  |  |
| --- | --- |
| 举 办 目 的 |  |
| 项目讲授题目及简要内容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 项目主要内容在国内外的地位 |  |
| 主办单位近几年与项目有关的工作概况 |  |

**二、项目负责人信息**

姓名：

专业技术职务：

所在单位：

讲授课题：

学时：

联系方式及邮箱：

**三、主要讲师信息**

**注意：如需授予讲师学分请正确填写身份证号，否则不必填写**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 专业技术职务 | 所在单位 | 讲授课题 | 学时 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**四、项目其他信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 笔试□  问答□ |
| 是否需要提前报名：是□ 否□  是否仅限本单位人员报名：是□ 否□ | | | | | 拟招人数 |  |
| 教学总学时数 | |  | 讲授理论时数 | | |  |
| 实验时数  （技术示范） | | |  |
| 举办地点 | |  | | 拟授学员学分 | |  |
| 拟授讲师学分 | |  |
| 主办单位 | |  | | 报名费 | |  |
| 主办单位通讯地址 | |  | | | | |
| 主办单位审核意见 | | 公章  年 月 日 | | | | |