**附件2**

申请代码：

**继续医学教育推荐项目申报书**

（2025 年）

项目名称

所在学科

项目负责人

申报单位

申报日期

**国家卫生健康委科技教育司制**

**填表说明**

一、请项目负责人认真阅读《继续医学教育项目承诺书》并在承诺书上签字。

二、本申报书所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填、错填，表达要清晰、准确。

三、项目举办方式有：面授，指线下或线上线下相结合的学习，如学 术讲座、专题研讨班、培训班等；远程，仅线上学习。

四、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（与单位公章一致）。

五、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）。教学时长为实际授课时间，不包括开班仪式等非教学时间的活动。

六、申报项目拟招收人数应提前做好计划，项目举办时招收人数原则上不得超计划招收人数，为确保质量，面授项目人数原则上控制在1000人以内，外省学员和基层学员的占比人数原则不低于10%。

七、多期举办的项目，须填写每期举办的时间与地点。

八、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。

九、同行评议意见应由1名外单位同学科副高级及以上职称专家填写，推荐理由字数不少于200 字。

十、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成，申报书填写完成后 可下载打印，各省推荐项目需由省级卫生健康行政部门填写推荐意见。

十一、项目申报表填写完成，提交上报前应进行自查，避免出现如下 问题。

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **导致形式审查不合格的常见问题举例** |
| 1 | 项目名称：含有其他单位名称的，或为其他单位申报项目的或有错别字或漏字的，或含有不符合国家政策规定字样的 |
| 2 | 所在学科：选择错误或不准确的 |
| 3 | 申报单位：名称与公章不一致，或作为非第一主办单位申报项目的项目负责人：不参与授课的，或不在职（岗）的，或专业技术职务为初级、中级的，或负责的项目内容与其所从事的主要专业或研究方向不一致的，或负责的项目超过2项的，或近3年未曾担任过国家级或省级继续医学教育项目负责人，或所在工作单位名称填写不标准或与单位公章不一致的 |
| 4 | 联系电话：电话位数不对的，或填写内容并非数字的 |
| 5 | 栏目填写存在空项或漏项的，或串行或答非所问的（如要求填联系人的栏目填的是电话等），或存在“？”或乱码的 |
| 6 | 同一个项目：从多个渠道重复申报的 |
| 7 | 其他不符合相关规定以及《继续医学教育学分管理办法（试行）》《关于开展 2025 年度继续医学教育推荐项目征集工作的通知》等要求的情况 |

**申报项目信息表**

|  |
| --- |
| 培训需求分析（含国内外本领域的最新进展、存在问题、发展需求等）（不少于800字） |
|  |
| 教学设计思路和评估方法（含如何选择教学方法，如何组织集体备课，如何促进学员理解、掌握、迁移应用和反思，如何进行教学评价等内容）（300-500字） |
|  |
| 培训内容简介（含培训目标、内容和预期培训效果）（不少于800字） |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 （二、三级 学科）  |  |
| 项目负责人在临床诊疗、教学、科研等促进学科发展方面的主要成绩（不少于300 字）  |
|  |
| 项目负责人近三年继续医学教育项目申报、执行情况（优先填写国家级项目）： 2022 年继续医学教育项目申报情况：国家级□省级□，是否执行：是□ 否□。 国家级项目编号： 、省级项目编号： 2023 年继续医学教育项目申报情况：国家级□省级□，是否执行：是□ 否□。 国家级项目编号： 、 省级项目编号： 2024 年继续医学教育项目申报情况：国家级□省级□，是否执行：是□ 否□。 国家级项目编号： 、 省级项目编号：  |
| 项目申报单位及项目负责人所在科室基本情况（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）  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 项目授课题目及具体内容  |
|  | 授课题目  | 内容  | 授课教师  | 时长  | 教学形式  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 授 课 教 师  | 理论 授课 教师  | 姓名 | 专业技术职称 | 从事专业  | 所在工作单位  | 联系方式 （手机号）  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 实践 （技 术示 范） 教师  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 举办形式 | 远程面授  | 举办天数（每期） |  |
| 举办起止日期 | 年 月 日——年 月 日  |
| 拟授学分  |  | 学习效果评价方式 （理论、口头报告、考核）  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教学对象  |  | 拟招生人数  |  |
| 教学 总时长 （小时）  |  | 讲授理论时长 （小时）  |  |
| 实践（技术示范）时长 （小时）  |  |
| 拟招收外 省学员占 比（%）  |  | 拟招收基层单位 学员占比（%）  |  |
| 申报单位  |  | 单位 联系电话  |  | 单位 联系人  |  |
| 项目负责人 通讯地址  |  | 项目负责人 联系电话  |  |
|  | 同行评议意见  | 推荐理由（不少于200 字）。建议注明推荐理由如： 培训内容、形式等。  |
|  | 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  |  | 年 月 日  |
| 其他需要说明的情况  |  |

