

湖南省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_____

填表说明

一、填写思路：

1. 体现本申报项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性；
2. 分析本申报项目的培训需求；
3. 介绍培训效果的具体评估方法。

二、教学对象须符合该学科继续教育对象的要求。

三、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。

四、教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼等与教学无关的时间。

五、学分计算方式：

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。

六、填写项目申报表时，所填内容系指举办一期活动而言。如同一项目举办一期以上时，请填写每期相应的举办时间与举办地点。

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

国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		出生年月日	
	职称		职务		最高学历	
	工作单位		是否在职(岗)		从事专业	
	是否参与项目授课				项目负责人签字	
	工作经历					
	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						

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		
	实 验 （ 技 术 示 范） 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

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	
<p>市州继续医学教育委员会，部、省直医疗卫生机构，有关学术团体等单位意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>		
<p>省继续医学教育委员会评审意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>		
<p>备注</p>			