申请代码：

**2024年国家级继续医学教育项目**

**申报表**

项目名称

申报单位 （盖章）佛山市医学会

邮政编码 528000

申报日期

专科分会

主委签名

|  |
| --- |
| 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 |
|  |
| 项目培训需求及效益、效果分析 |
|  |
| 主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） |  |
| 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 |
|  |

|  |
| --- |
| 项目讲授题目及内容简要 |
| 讲授题目 | 内容 | 授课教师 | 学时 | 教学方法 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 授课教师 | 姓名 | 专业技术职称 | 主要研究方向 | 所在单位 | 签字 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 举办方式 |  |
| 举办起止日期 |  |
| 举办期限(天) | 1 | 考核方式 | 口试 |
| 教学对象 | 相关专业的继续教育对象 | 拟招生人数 |  |
| 拟招西部12省（区、市）学员人数 |  |  |  |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 | 佛山市医学会 | 联系电话 | 0757-83163572 | 联系人 | 郭栋 |
| 项目负责人通讯地址 |  |
| 项目负责人联系电话 | 18038862555 | 项目负责人邮政编码 | 528000 |
| 省（自治区、直辖市）继续医学教育委员会、新疆生产建设兵团卫生局、国家卫生和计划生育委员会直属单位、有关学术团体等单位意见 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | 盖章 |     年   月   日 |   |

 |
| 备注 |  |