附表2.

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

广东省继续医学教育项目

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

**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、申报表填写内容须打印。

三、申报表须按规定程序要求、经市卫生局、高等医学院校、厅直属单位、省一级学会签署具体意见，并盖章后，如期(以邮戳为准)上报广东省继续医学教育委员会，过时不予受理。

四、若表内填写不完，可用同样大小的纸续写。

五、申报表填写具体要求如下:

1、申报表填写思路：

 ⑴ 体现本申报项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性；

 ⑵ 分析本申报项目的培训需求；

⑶ 介绍培训效果的具体评估方法。

2、教学对象须符合该学科的继续医学教育对象要求。

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:

省级继续医学教育项目活动一般在一个月以内，三天以上，参加者经考核合格，按每6小时授予1学分；主讲人每小时授予1学分。

六、省级继续医学教育项目编号说明

㈠组成

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ⑴ ⑵ ⑶ ⑷ ⑸

⑴年份的后两位数字

⑵各地级市、厅直属单位、有关高等医学院校、有关学术团体代码

⑶二级学科分类代码

⑷三级学科分类代码

⑸项目数字号码

例:广州市1999年普通外科的第6个项目编号为:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | 9 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |

**㈡各市、厅直属单位、有关学术团体**

 代码 名称 代码 名称

1. 广州市 34 汕头大学医学院
2. 深圳市 35 广东医学院
3. 珠海市 36 暨南大学医学院
4. 汕头市 37 广东药学院
5. 韶关市 38 其他单位
6. 河源市
7. 梅州市
8. 惠州市
9. 汕尾市
10. 东莞市
11. 中山市
12. 江门市
13. 佛山市
14. 阳江市
15. 湛江市
16. 茂名市
17. 肇庆市
18. 云浮市
19. 清远市
20. 潮州市
21. 揭阳市
22. 省人民医院
23. 省职业病防治院
24. 省卫生防疫站
25. 省妇幼保健院
26. 省口腔医院
27. 其它省直医疗单位
28. 中华医学会广东分会
29. 中国药学会广东分会
30. 广东省预防医学会
31. 广东省护理学会
32. 中山医科大学
33. 广州医学院

（三）**省级继续医学教育项目学科分类及代码**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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-** | **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** |  | **年龄** |  | **身份证号** |  |
| **职称** |  | **职务** |  | **最后学历** |  |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **姓名** | **专业技术 职务** | **主要研究方向** | **所 在 单 位** | **签字** |
| **主****要****授****课****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** |  |
| **主办单位** |  | **联系电话** |  | **联系人** |  |
| **申报单位** |  | **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** |  | 邮政编码 |  |
| 市卫生局（市继续医学教育委员会）、高等医学院校、厅直属单位、有关一级学术团体意见 |  盖章 年 月 日 |
| 广东省继续医学教育委员会学科组审查意见 |  签字 年 月 日 |
| 广东省继续医学教育委员会审批意见 |   盖章 年 月 日 |
| **备 注** |  |