附件 1

# 重庆市市级继续医学教育项目申报表

项目编号： 申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | | | | | 所在学科 | | | | |  | | | | |
| 申报单位 | | 重庆市社会医疗机构协会 | | | | | | 邮政编码 | | | | |  | | | | |
| 项目目标 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目内容摘要  （200 字以内） | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目内容及其水平在国内外的地位（**√**） | | | 本地区先进水平 |  | | | 国内先进水平 | | |  | | 国际先进水平 | | | |  | |
| 项目负责人 | 姓名 | | 最后学历 | | 专业技术职务 | | | | | 主要研究方向 | | | | 所在单位 | | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 项目负责人与项目有关  的工作概况 | 签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要教师 | 姓名 | | 专业技术职务 | | | 讲授课题 | | | | | | 学时 | | | 签 字 | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | |
| 举办方式 | 现场授课 | | | | | 教学对象 | | |  | | | | | | | | |
| 教学总时数 |  | | | | | | | | | 招生人数 | | | | | | |  |
| 考核方式 |  | | | | | | | | | 拟授学分 | | | | | | |  |
| 主办单位 | 重庆市社会医疗机构协会 | | | | | | 联系人 | | |  | 联系电话 | | | | | |  |
| 举办日期 |  | | | | | 地点 |  | | | | | | | | | | |
| 结束日期 |  | | | | |
| 区（县）或委属单位继续医学教育委员会意见 | | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市继续医学教育委员会审批意见 | | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |