附件1

**温州医科大学附属第一医院**

**2023年度院级继续医学教育“精品项目”推荐表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目编号 |  | 学时 |  |
| 项目负责人 |  | 科室 |  | 联系方式 |  |
| 举办形式（线上/线下） |  | 举办地点 |  |
| 举办期数 |  | 学员数 |  | 教学效果评价 |  |
| 教学情况（须为实际参加项目人员） | 姓 名 | 职 称 | 讲授内容 | 学时 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 项目总结（结合评选标准，可续页，可提供音视频、照片、文档等支持性材料）： 科室负责人（签字）： 项目负责人（签字）：  年 月 日 |