附件 2 申请代码：

**继续医学教育推荐项目申报书**

（ 2025 年）

项 目名称

所在学科

项目负责人

申报单位

申报日期

国家卫生健康委科技教育司制

**填表说明**

一、请项目负责人认真阅读《继续医学教育项目承诺书》并在承诺书 上签字。

二、本申报书所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填、错 填 ，表达要清晰、准确。

三、项目举办方式有：面授，指线下或线上线下相结合的学习，如学 术讲座、专题研讨班、培训班等 ；远程 ，仅线上学习。

四、填写申报单位、项目负责人及授课教师工作单位名称时，需完整 填写单位的标准名称（ 与单位公章一致）。

五、学分授予按 3 小时授予 1 学分 ，每个项目所授学分最多不超过

10 学分（其中，每个远程项目最多不超过 3 学分）。教学时长为实际授课 时间 ，不包括开班仪式等非教学时间的活动。

六、申报项目拟招收人数应提前做好计划，项目举办时招收人数原则 上不得超计划招收人数， 为确保质量， 面授项目人数原则上控制在 1000 人以内， 外省学员和基层学员的占比人数原则不低于 10%。

七、多期举办的项 目 ，须填写每期举办的时间与地点。

八、申报单位要保证项目执行率，避免出现重立项轻举办的情况，项 目执行率将作为下一年度项 目 申报的重要参考依据。

九 、 同行评议意见应由 1 名外单位同学科副高级及以上职称专家填 写 ，推荐理由字数不少于 200 字。

十、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成 ，申报书填写完成后 可下载打印 ，各省推荐项目需由省级卫生健康行政部门填写推荐意见。

十一、项 目 申报表填写完成，提交上报前应进行自查，避免出现如下 问题。

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **导致形式审查不合格的常见问题举例** |
| 1 | 项 目名称：含有其他单位名称的，或为其他单位申报项 目 的，或 有错别字或漏字的 ，或含有不符合国家政策规定字样的 |
| 2 | 所在学科 ：选择错误或不准确的申报单位：名称与公章不一致，或作为非第一主办单位申报项 目的项目负责人：不参与授课的，或不在职（ 岗 ）的，或专业技术 |
| 3 | 职务为初级、中级的，或负责的项 目 内容与其所从事的主要专业 或研究方向不一致的，或负责的项目超过 2 项的，或近 3 年未曾 担任过国家级或省级继续医学教育项目负责人，或所在工作单位 名称填写不标准或与单位公章不一致的 |
| 4 | 联系电话： 电话位数不对的 ，或填写内容并非数字的 |
| 5 | 栏目填写存在空项或漏项的，或串行或答非所问的（如要求填联 系人的栏目填的是电话等），或存在“ ？ ”或乱码的 |
| 6 | 同一个项 目 ：从多个渠道重复申报的其他不符合相关规定以及《继续医学教育学分管理办法（试行）》 |
| 7 | 《关于开展 2025年度继续医学教育推荐项目征集工作的通知》 等要求的情况 |

**继续医学教育项目负责人承诺书**

本人负责 继续医学教育项 目。 对此 ，我郑重承诺：

1.规范开展继续医学教育活动，严格考试和考核，不随意变更授课教 师、不压缩教学时长，不借用本项目名称举办其他内容的学习班，加强学 分管理 ，杜绝弄虚作假、乱授学分和乱发证书。

2.坚持继续医学教育活动公益性质，严格项目经费管理，按照财务规 定合规收费规范使用，不以营利为 目 的。坚决抵制商业贿赂，个人不接受 企业及相关利益方提供的赞助、旅游和娱乐等服务，不收受企业及相关利 益方各种名义的财物。课件不含医药企业或产品的标识、商品名、广告或 产品组信息。

3. 落实意识形态主体责任，对所负责的项目严把意识形态审核关，传 播正能量 ，绝不给错误思想观点提供传播渠道。

4.严格落实中央八项规定及其实施细则精神，不以继续医学教育名义 组织与培训无关的活动，不在国家明令禁止举办会议培训的风景名胜区举 办项 目 ，不组织与项目无关的参观考察和旅游观光等活动。

5.严格遵守医疗卫生行业会议活动管理的相关要求，不进行产品推介 活动 ，不从事其他有关法律法规明令禁止的行为。

若违反上述承诺 ，本人愿意承担相关责任。

项目负责人签名： 年 月 日

**申报项目信息表**

|  |
| --- |
| 培训需求分析（含国内外本领域的最新进展、存在问题、发展需求等）（不少于800 字 ） |
|  |
| 教学设计思路和评估方法（含如何选择教学方法 ，如何组织集体备课 ，如何促 进学员理解、掌握、迁移应用和反思 ，如何进行教学评价等内容）（ 300-500 字 ） |
|  |
| 培训内容简介（含培训目标、 内容和预期培训效果）（不少于 800 字 ） |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 项目负责人身份证号码 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 最高学历 |  |
| 工作单位 |  | 是否在职 （ 岗 ） |  | 从事专业（ 二 、三级 学科） |  |
| 项目负责人在临床诊疗 、教学、科研等促进学科发展方面的主要成绩（不少于 300 字 ） |
|  |
| 项目负责人近三年继续医学教育项 目 申报 、执行情况（优先填写国家级项 目 ）：2022 年继续医学教育项 目 申报情况： 国家级□省级□ , 是否执行： 是□ 否□。 国家级项目编号 ： 、省级项目编号 ： 2023 年继续医学教育项 目 申报情况： 国家级□省级□ , 是否执行： 是□ 否□。 国家级项目编号 ： 、 省级项目编号 ： 2024 年继续医学教育项 目 申报情况： 国家级□省级□ , 是否执行： 是□ 否□。 国家级项目编号 ： 、 省级项目编号 ：  |
| 项 目 申报单位及项目负责人所在科室基本情况（主要表述与项目有关的基本情况 ， 如组织 架构 、配套政策、经费支持 、培训场地、师资队伍建设等方面）（不少于 300 字 ） |
|  |

|  |
| --- |
| 项目授课题目及具体内容 |
| 授课题 目 | 内容 | 授课教师 | 时长 | 教学形式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 授 课 教 师 | 理论 授课 教师 | 姓名 | 专业技术 职称 | 从事专业 | 所在工作单位 | 联系方式 （手机号 ） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 实践 （技 术示 范） 教师 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 举办 形式 | 远程o 面授 | 举办 天数 （每期 ） |  |
| 举办起止 日期 | 年 月 日—— 年 月 日 |
| 拟授学分 |  | 学习效果评价方式（理论、口头报告、考核 ） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教学对象 |  | 拟招生人数 |  |
| 教学 总时长 （小时） |  | 讲授理论时长（小时） |  |
| 实践（技术示范） 时长（小时） |  |
| 拟招收外 省学员占 比（%） |  | 拟招收基层单位 学员占比（%） |  |
| 申报单位 |  | 单位 联系电话 |  | 单位 联系人 |  |
| 项目负责人 通讯地址 |  | 项目负责人 联系电话 |  |
| 同行评议意见 | 推荐理由（不少于 200 字 ）。建议注明推荐理由如： 培训内容 、形式等。签字 年 月 日 |
| 申报单位意见 | 盖章 年 月 日 |
| 省级卫生健康行政部门意见 | 年 月 日 |
| 其他需要说明的情况 |  |

