附件1

**温州医科大学附属第一医院2024年度继续医学教育**

**“精品项目”推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | |
| 项目编号 |  | | | 学时 |  | | |
| 项目负责人 |  | 所在单位 |  | 联系  方式 |  | | |
| 举办形式  （线上含混合式教学/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 |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
|  |  |  | | | |  |
| 项目荣誉 |  | | | | | | |
| 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，可另附页）：**  项目负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | |