**附件：**

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

**山东省省级继续医学教育项目**

**申 报 表**

项目名称

所在学科

（二、三级学科）

所在单位 （章）

邮政编码

**山东省卫生健康委员会制**

**填 表 须 知**

一、请按填表说明（附后）逐项认真进行填写，表达要简明、准确。

二、申报表必须打印，按规定日期上报，过期不予受理。

三、若表内填写不完，可加附页。

四、本申报表一式三份，报省卫健委、市卫健委各一份，申报单位自存一份。

附：

**填 表 说 明**

一、山东省省级继续医学教育项目总编号说明

（一）总编号组成

总编号由4级9个数码组成

□□ □□ □□ □□□

（1） （2） （3） （4）

（1）为各市、省（部）直医疗卫生单位、卫生计生委直单位代码；

（2）为二级学科分类代码；

（3）为三级学科分类代码；

（4）为项目序号。

例：济宁市的第1个项目为神经外科，其总编号为：

08—04—04—001

（二）各市地、委属（管）直医疗卫生单位、学(协)会代码

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代码 | 单位 | 代码 | 单位 |
| 01 | 济南市 | 21 | 山东省医学科学院 |
| 02 | 青岛市 | 22 | 山东中医药大学 |
| 03 | 淄博市 | 23 | 青岛大学医学院 |
| 04 | 枣庄市 | 24 | 潍坊医学院 |
| 05 | 东营市 | 25 | 泰山医学院 |
| 06 | 烟台市 | 26 | 济宁医学院 |
| 07 | 潍坊市 | 27 | 滨州医学院 |
| 08 | 济宁市 | 28 | 山东医专 |
| 09 | 泰安市 | 29 | 菏泽医专 |
| 10 | 威海市 | 30 | 山东省立医院 |
| 11 | 日照市 | 31 | 山东省千佛山医院 |
| 12 | 滨州市 | 32 | 山东省胸科医院 |
| 13 | 德州市 | 33 | 山东省医学影像学研究所 |
| 14 | 聊城市 | 34 | 山东省地方病防治研究所 |
| 15 | 临沂市 | 36 | 山东省血液中心 |
| 16 | 菏泽市 | 37 | 山东省精神卫生中心 |
|  |  | 39 | 山东省医学会 |
| 20 | 山东大学 | 40 | 其他 |

（三）继续医学教育项目学科分类与代码

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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- | 全科医学与康复医学 |

二、部分栏目填写要求

1、举办目的：重点阐明通过举办项目，对学科理论发展及实践应用有何促进和指导意义，学员有哪些收获与提高。

2、项目内容应符合省级继续医学教育项目的要求，要写出标题和主要内容，层次清楚，重点突出。

3、项目主要内容在省内外的地位：以权威性的结论与事实为根据，实事求是地说明项目在省内外所处的地位。

4、与项目有关的工作概况：应着重简要介绍主办单位近几年来开展的与项目有关的科研工作及成绩、硬件建设及人才培养等情况。

5、项目负责人要有高级专业技术职务，在国内、省内有一定知名度，主要授课教师也应以高级专业技术人员为主。

6、举办方式：主要有学习班、讲习班、学术讲座、专题讨论会、专题研修班、培训班等。经批准后省级项目一年内可重复异地举办，最多一年二次。

7、填写申办单位、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（与单位公章相一致）；

8、招生人数：主办单位可根据项目内容、举办条件确定，一般在15-100人之间。

9、教学对象：除护理专业的教学对象为护师外，其他专业一般应主要为中级以上专业技术职务的人员，填写时应注明教学对象的专业及职称。

10、举办期限及起止日期：期限以10天以内为宜，最多不超过一个月，起止日期需具体到日。

11、学分计算：参加者经考核合格，按每6学时授予1学分，主讲人每2学时授予1学分。半天按3学时计算，1天按6学时计算。但每个项目均不能超过5分，超过者按5分计算。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 举  办  目  的 |  | | | | | | | | | | | |
| 项  目  讲  授  题  目  及  简  要  内  容 |  | | | | | | | | | | | |
| 项目主要内容水平在省内外的地位 |  | | | | | | | | | | | |
| 主办单位近几年与项目有关的工作概况 |  | | | | | | | | | | | |
|  | 姓 名 | | 专业技  术职务 | | 所在单位 | | | | 讲授题目 | | | 学时数 | |
| 项目  负责人 |  | |  | |  | | | |  | | |  | |
| 主  要  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 | | | |  | | |
| 项目负责人通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | |
| 项目负责人联系电话 | | | |  | | | | | 邮政编码 |  | | | |
| 市卫健委  及省（部）直单位意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 省学科组专家评审意见 | | 组长签字 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 省继续医学教育委员会  审批意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | | | | |