附件1

**2019年度四川省省级中医药继续教育项目**

**申　报　表**

**项目名称**

**所属学科**

**申报单位**

**负责人姓名**

**联系电话**

**申报时间**

**申报类别□知识技能类 □学习提高类 □前沿进展类**

**填表说明：**

一、填写内容须实事求是，表达应简明扼要。表格内选择项内容在□内打“√”。无填写内容时填“无”。

二、主办单位为申报省级中医药继续教育项目的单位，承办单位为实际执行省级中医药继续教育项目的单位，二者可为同一单位。

三、申报内容分为知识技能类、学习提高类、前沿进展类。“知识技能类”以中医药基本理论、基础知识和基本技能为主，主要针对乡村医生、初级及以下、中级中医药专业技术人员；“学习提高类”以提高综合素质和专业能力为主，主要针对中级及以上中医药专业技术人员；“前沿进展类”以本专业前沿知识、理论、方法、技术或跨学科融合为主，主要针对中、高级中医药专业技术人员。三者只可选择其一。

四、学术会议、论坛、学术讲座等不属于申报范畴。申报项目的名称、内容、教学时数及授课教师不可任意更改。教学时数计算为每个学时50分钟，半天4学时，每天不超过8学时，报到、撤离等与教学无关的时间不计入。

五、培训对象所属科别应详细注明，如中医内科脑病科、中医外科皮肤科、中药生药、中药药理、管理等。

六、培训内容为中医药新技术、新方法和科研成果的引进应用与推广者，应在申报表后附相关辅助证明材料。

七、主办单位联系人及固定电话将在文件中公布，请如实填写。

八、本申报表须用A4纸打印，超出格式者可另加页。

一、基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主办单位** | **名 称** | |  | | | | | | | | |
| **项目负责人** | |  | | | | **手机号码** |  | | | |
| **联系人** | |  | | | | **固定电话** |  | | | |
| **资质** | | □市（县、区）级以上医疗机构  □省级以上中医药科研机构  □省级以上中医药学术团体  □国家（省）中医药管理局重点学科或重点专科（专病）  □国家（省）中医药管理局中医药优势学科继续教育基地 | | | | | | | | |
| **承办单位** | **名 称** | |  | | | | | | | | |
| **项目负责人** | |  | | | | **联系电话** |  | | | |
| **资 质** | | □市（县、区）级以上医疗机构  □省级以上中医药科研机构  □省级以上中医药学术团体  □国家（省）中医药管理局重点学科或重点专科（专病）  □国家（省）中医药管理局中医药优势学科继续教育基地 | | | | | | | | |
| **实施方式** | | | □培训班 □研修班 □现代远程教育 □其他 | | | | | | | | |
| **培训对象** | | | 所属科别 |  | | | | | | | |
| 培训范围 | □全国 □本地区 □农村 □城市社区 | | | | | | | |
| 人员层次 | □初级以下 □初级 □中级 □高级 | | | | | | | |
| **计划培训人数** | | |  | | | **收费标准** | | | |  | |
| **培训地点** | | | 省 市 （县、区） | | | | | | | | |
| **培训日期** | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | |
| **教学时数** | |  | **考核办法** | |  | | | | **申请学分** | |  |

二、师资水平

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主**  **讲**  **人** | **姓 名** | |  | | **出生年月** | |  | |
| **学历学位** | |  | | **毕业学校** | |  | |
| **专 业** | |  | | **技术职务** | |  | |
| **联系电话** | |  | | **电子邮箱** | |  | |
| **授课教师**  **类别** | |  | | **教学时数** | |  | |
| **授课内容** | |  | | | | | |
| **学术水平和技术专长** | |  | | | | | |
| **教师姓名** | | **技术**  **职务** | **所在单位** | **授课内容** | | **教学**  **时数** | | **授课**  **教师**  **类别** |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |

注：**前沿进展类项目**应注明授课教师类别：①全国（省）名老中医药专家传承工作室专家；②全国（省）老中医药专家学术经验继承工作指导老师；③全国（省）中医学术流派传承工作室代表性传承人；④全国（省）中医药管理局重点学科（专科）学科带头人或学术带头人；⑤全国（省）优秀中医、中药人才。

三、目的、内容及前期基础

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **办培训目的** |  | | | | |
| 项**培训主要内容及学术水平** |  | | | | |
| 主**主办单位与项目相关工作概况** | **近三年举办继续教育项目情况** | | | | |
| 项目名称 | 项目  负责人 | 举办  时间 | 授予  学分数 | 审批单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **其他支撑条件** | | | | |

四、审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| **主办单位意见** | （盖章）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **市、州中医药继续教育领导小组或四川省中医管理局直属单位意见** | （盖章）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **四川省中医药继续教育委员会学科组审查意见** | （签字）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **四川省中医药继续教育委员会审批意见** | （签字）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **备 注** |  |

附件2

**2019年度四川省省级中医药继续教育项目**

**备案申请表**

**项目名称**

**所属学科**

**主办单位**

**负责人姓名**

**联系电话**

**申请时间**

**项目类别□知识技能类 □学习提高类 □前沿进展类**

**填表说明：**

一、本申请表填写内容须实事求是，表达应简明扼要。表格内选择项内容在□内打“√”。无填写内容时填“无”。

二、备案申请条件：内容相同、名称相近的项目，3次被列入2012-2016年省级中医药继续教育项目；按规定执行，每年度培训人数在60人次以上，学员满意度90%以上；按规定报送项目执行情况等相关材料。

三、项目类别分为知识技能类、学习提高类、前沿进展类。“知识技能类”以中医药基本理论、基础知识和基本技能为主，主要针对乡村医生、初级及以下、中级中医药专业技术人员；“学习提高类”以提高综合素质和专业能力为主，主要针对中级及以上中医药专业技术人员；“前沿进展类”以本专业前沿知识、理论、方法、技术或跨学科融合为主，主要针对中、高级中医药专业技术人员。三者只可选择其一。

四、项目名称、内容、教学时数及授课教师不可任意更改。教学时数计算为每个学时50分钟，半天4学时， 6学时为1学分；每天不超过8学时，报到、撤离等与教学无关的时间不计入。

五、培训对象所属科别应详细注明，如中医内科脑病科、中医外科皮肤科、中药生药、中药药理、管理等。

六、主办单位联系人及固定电话将在文件中公布，请如实填写。

七、本申报表须用A4纸打印，超出格式者可另加页。

一、2014-2018年期间，承担省级中医药继续教育项目情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目编号** | | **项目名称** | **项目**  **负责人** | **主办单位** | **举办**  **时间** | **学时数** | **授予**  **学分数** | **培训人次** |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他支撑条件** | 提供所承担项目的《省级中医药继续教育项目执行情况报告表》复印件 | | | | | | | |

二、师资情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主**  **讲**  **人** | **姓 名** | |  | | **出生年月** | |  | |
| **学历学位** | |  | | **毕业学校** | |  | |
| **专 业** | |  | | **技术职务** | |  | |
| **联系电话** | |  | | **电子邮箱** | |  | |
| **授课教师**  **类别** | |  | | **教学时数** | |  | |
| **授课内容** | |  | | | | | |
| **学术水平和技术专长** | |  | | | | | |
| **教师姓名** | | **技术**  **职务** | **所在单位** | **授课内容** | | **教学**  **时数** | | **授课**  **教师**  **类别** |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |

注：**前沿进展类项目**应注明授课教师类别：①全国（省）名老中医药专家传承工作室专家；②全国（省）老中医药专家学术经验继承工作指导老师；③国（省）中医学术流派传承工作室代表性传承人；④全国（省）中医药管理局重点学科（专科）学科带头人或学术带头人；⑤全国（省）优秀中医临床人才。

三、2019年备案项目基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **实施方式** | □培训班 □研修班 □远程教育 □其他 | | | | |
| **培训对象** | 所属科别 |  | | | |
| 培训范围 | □全省 □本地区 □农村 □城市社区 | | | |
| 人员层次 | □初级以下 □初级 □中级 □高级 | | | |
| **计划培训人数** |  | **收费标准** | |  | |
| **培训地点** | 省 市 县（区） | | | | |
| **培训日期** | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| **教学时数** |  | | **申请学分** | |  |
| **考核办法** |  | | | | |
| **联 系 人** |  | | **固定电话** | |  |

四、审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| **主办单位**  **意见** | （盖章）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **市、州中医药继续教育领导小组或四川省中医管理局直属单位意见** | （盖章）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **四川省中医药继续教育委员会学科组审查意见** | （签字）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **四川省中医药继续教育委员会审批意见** | （签字）  　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日 |