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序号 导致形式审查不合格的常见问题举例

2 所在学科：选择错误或不准确的

3 申办单位：名称与公章不一致，或作为非第一主办单位申报项目的，或远程国家级继续医学教育项目的申办单位不是国家级远程继续医学教育机构的，或申办单位是最近一个周期校验结论为暂缓校验或被撤销《医疗机构执业许可证》的医疗机构，或最近一个周期年检不合格或被撤销法人身份的机构的

4 项目负责人：不参与授课的，或不在职（岗）的，或专业技术职务为初级、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，或既往不曾担任国家级或省（会）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

5 授课教师：授课内容与其专业特长或方向不一致的，或理论授课教师专业技术职务为初级或中级的，或实验（技术示范）教师专业技术职务为初级的；或所在工作单位名称填写不标准或与单位公章不一致的

6 举办地点：为港澳台或国外，或在国家明令禁止举办会议的风景名胜区的，或填写为单位名称等非省市县名称的

7 组织与项目无关的参观、考察等活动，或组织旅游观光的

8 举办期次：每项国家级继续医学教育项目每年举办的期（次）数超过 6 期（次）的

9 联系电话：电话位数不对的，或填写内容并非数字的

10 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

11 同一个项目：从多个渠道重复申报的，或同时以新申报项目和备案项目方式重复申报的

12 纸质和网上申报材料缺少其中之一的，或纸质与网上申报材料内容不一致的，或纸质申报材料中签字盖章不全的，或纸质申报材料并非从申报系统中导出的序号导致形式审查不合格的常见问题举例

13 其他不符合《国家级继续医学教育项目申报、认可办法》、《国家级继续医学教育项目申办要求》的相关规定以及关于 2024 年度国家级继续医学教育项目申报通知要求的情况

**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（含教案撰写、集体备课、教学反思、评价等）（不少于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🞎 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）。  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 | | | | | | |  | | | | | | | | |