附件4

重庆市市级继续医学教育项目申报表

项目编号：申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 所在学科 |  |
| 申报单位 |  | 邮政编码 |  |
| 项目目标 |  |
| 项目内容摘要（200字以内） |  |
| 项目内容及其水平在国内外的地位（**√**） | 本地区先进水平 |  | 国内先进水平 |  | 国际先进水平 |  |
| 项目负责人 | 姓 名 | 最后学历 | 专业技术职务 | 主要研究方向 | 所在单位 |
|  |  |  |  |  |
| 项目负责人与项目有关的工作概况 | 签字： |
| 主要教师 | 姓 名 | 专业技术职务 | 讲授课题 | 学时 | 签 字 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 举办方式 |  | 教学对象 |  |
| 教学总时数 | 其中操作或实习 学时 | 招生人数 |  |
| 考核方式 |  | 拟授学分 |  |
| 主办单位 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 举办日期 |  年 月 日 | 地点 |  |
| 结束日期 |  年 月 日 |
| 区（县）或委属单位继续医学教育委员会意见 |  盖章年 月 日 |
| 市继续医学教育委员会审批意见 | 盖章年 月 日 |
| 备 注 |  |