附件2

**项目编号：**

**2023年自治区级继续医学教育项目**

**申 报 表**

**项目名称：**

**所在学科：**

**申报单位（盖章）：**

**邮政编码：**

**申报日期：**

|  |
| --- |
| 本领域的最新进展 |
|  |
| 本领域存在的问题 |
|  |
| 项目的目标 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目的创新之处 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 项目培训需求及效益、效果分析 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 主办单位近几年与项目有关的工作概况(包括开展的培训、科研工作以及师资队伍情况) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 项目负责人简况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 最高学历 |  |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 工作简历 | | | | | |
|  | | | | | |
| 教育经历 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人曾开展过哪些相近的培训 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人曾开展过哪些相近的研究 | | | | | |
|  | | | | | |
| 本人曾发表过哪些相近的文章 | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目讲授题目及内容简要 | | | | | | | | |
| 讲授题目 | | | | 内容 | | 授课教师 | 学时 | 教学方法 |
|  | | | |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| 主要授课教师 | 姓名 | 专业技术  职务 | 主要研究方向 | | 所在单位 | | | 签字 |
|  |  |  | |  | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举办方式 |  | | |
| 举办起止日期 |  | | |
| 举办期限(天) |  | 考核方式 |  |
| 教学对象 |  | 拟招生人数 |  |
| 教学总时数 |  | 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 |  | 联系人 |  |
| 申报单位 |  | 联系电话 |  | 联系人 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人通讯地址 |  | | |
| 项目负责人联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 申报单位意见 | 盖章            年    月    日 | | |
| 内蒙古自治区继续医学教育委员会学科组审查意见 | 签字            年    月    日 | | |
| 内蒙古自治区继续医学教育委员会审批意见 | 盖章            年    月    日 | | |
| 备注 |  | | |