**2016年度国家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2011-2015年国家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，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、本申报表须用A4纸打印，超出格式者可另加页。

一、2011-2015年期间，承担国家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《国家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国医大师、中国科学院院院士、中国工程院院士；②长江学者、西部之光访问学者等党中央、国务院各部门开展的高层次人才培养项目培养对象；③全国名老中医药专家传承工作室专家；④全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师；⑤全国中医学术流派传承工作室代表性传承人；⑥国家中医药管理局重点学科（专科）学科带头人或学术带头人；⑦全国优秀中医临床人才。

三、2016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、区） 市 | | | | |
| **培训日期** | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| **教学时数** |  | | **申请学分** | |  |
| **考核办法** |  | | | | |

四、审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| **主办单位**  **意见** | （盖章）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **省级中医药管理部门（中医药继续教育委员会）意见** | （盖章）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **国家中医药管理局中医药继续教育委员会审批意见** | （签字）  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **备 注** |  |