附件2

|  |  |
| --- | --- |
| **项目编号** |  |

**2023年度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： （盖章）**

**项目负责人:**

**联系电话：**

**申请日期：**

**陕西省中医药管理局印制**

**填表说明：**

一、《备案表》须逐项认真填写，表达应简明扼要。填写内容须实事求是。

二、封面项目编号由省中医药学会填写；其余内容由申报单位填写。表内空间不够，可另加页。

三、主办单位应为实际组织实施省级中医药继续教育项目的单位。

一、2018-2022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、备案项目基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主办单位** |  | | **单位资质** |  | |
| **项目负责人** |  | | **联系电话** |  | |
| **培训对象** |  | | **计划培训人数** |  | |
| **培训时间** |  | | **培训地点** |  | |
| **培训方式** |  | | **教学时数** |  | |
| **考核办法** |  | **申请学分** |  | **收费标准** |  |

三、师资水平

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

四、审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| **主 办 单 位 意 见** | （盖章）  年 月 日 |
| **市级中医药管理部门意见** | （盖章）  年 月 日 |
| **省 中 医 药 管 理 局 意 见** | （盖章）  年 月 日 |