附件1

重庆市市级中医药继续医学教育项目申报表

项目编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 所在学科 |  |
| 申报单位 |  | 邮政编码 |  |
| 培训目的 |  |
| 培训的主要内容及学术水平 |  |
| 项目负责人简介 | 姓名 | 最后学历 | 专业技术职务 | 主要研究方向 | 所在单位 |
|  |  |  |  |  |
| 项目负责人前三年继教项目开展情况 | 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 | 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 |  | 举办地点 |  |
| 区县继续医学教育委员会或委属单位意见 | 盖章年月日 |
| 市继续医学教育委员会审批意见 | 盖章年月日 |