附件

眉山市医学会分会、专业委员会

继续医学教育项目申报表

 （2021年）（共4页）

项目名称：（示例：眉山市医学会XXX分会（专业委员会）2021年学术年会暨市级（省级）继教项目“XXX培训班”）

申报单位（盖章）：（示例：分会、专业委员会理事长（主任委员）单位）

项目类型：（示例：临床类或中医类）

申报日期：

眉山市医学会办公室 编制

|  |
| --- |
| 省内、市内外领域的最新进展 |
|  |
| 本领域存在的问题 |
|  |
| 项目的目标 |
|  |
| 项目的创新之处 |
|  |
| 项目负责人简介 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 最高学历 |  |
| 工作单位 |  |
| 从事专业 |  | 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 工作简历和教育经历 |
|  |
| 题目名称及内容简要 |
| 题目名称 | 内容简要 | 授课教师 | 方式 | 所属单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 举办方式 | （示例:线上或线下） |
| 起止日期 | 年 月 日起至 年 月 日止 |
| 教学对象 |  | 拟招生人数 |  |
| 理论学时 | （1学时等于1小时） | 实验学时 | （1学时等于1小时） |
| 授课地点 |  | 拟授学分 | （3学时等于1学分） |
| 申报单位 |  |
| 联系人 |  | 手机号码 |  |
| 分会、专业委员会理事长（主任委员）意见 |
|     签字： 年 月 日  |
| 市医学会办公室意见 |
|   年 月 日（盖章） |
| 市继续医学教育委员会意见 |
| 年 月 日（盖章） |