

浙江省继续医学教育委员会办公室文件

浙继委办发〔2016〕4号

关于申报 2017 年继续医学教育项目的通知

各市和义乌市继续医学教育委员会办公室，高等医学院校、省级医疗卫生单位、省级有关学术团体：

根据浙江省继续医学教育委员会《浙江省继续医学教育项目申报、认可办法》文件有关要求，为做好我省 2017 年省级相关继续医学教育项目申报工作，现将有关事项通知如下：

一、申报项目

（一）申报类别

省级、省级学术会议类继续医学教育项目，省级备案继续医学教育项目。

（二）申报学科专业

申报继续医学教育项目的学科专业包括：基础医学（基础形态和基础机能）、临床内科学（含传染病学科和精神卫生学科）、临床外科学（含麻醉及皮肤、性病学科）、妇产科学、儿科学、眼耳鼻喉科学、口腔医学、影像医学、急诊学、医学检验、公共卫生与预防医学、药学、护理学、医学教育与卫生管理、康复医学、全科医学。

为进一步深化医改，加强医学紧缺人才培养，2017年鼓励和支持申报妇产科学、儿科学、精神卫生学、全科医学及医学教育项目。

二、申报要求

（一）项目要求

继续医学教育项目申报应紧密围绕卫生人才培养的重点需求，突出科学性、先进性和可推广性的特点。项目申报内容应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术、新方法为主要内容，并提出培训的预期目标及效果的考核指标。

（二）申报省级继续医学教育新项目要求

1. 填表前须认真阅读申报表（附件1）中的填表说明，根据所报项目内容正确选择相应的学科专业，并如实、准确、认真填写其中的各项内容，如有不实、虚假、错误信息及未按要求填写，一经发现，将不予通过；

2. 填写申办单位、项目负责人及授课教师工作单位名称时，需完整填写单位的标准名称（与单位公章相一致）；

3. 项目负责人应具有副高级及以上专业技术职务，负责的

项目内容须是其所从事的主要专业或研究方向，实验（技术示范）教师应具有中级及以上专业技术职务，其专业应符合授课内容的学科专业；

4. 每位项目负责人新申报省级继续医学教育项目最多不超过2项且需承担项目的授课任务，同一项目只能通过一个单位申报，项目负责人须为在职（岗）工作人员；

5. 申报单位授课师资一般应占授课师资总数的三分之二以上，项目负责人授课时数应不少于总课时的五分之一；

6. 学分授予按6学时授予1学分，每个项目所授学分最多不超过5学分；

7. 申报项目拟招生人数应提前做好计划，项目举办时招生人数原则上不得超过计划招生人数，教学对象须符合申报学科继续教育对象的要求；

8. 继续医学教育项目每年举办的期（次）数不超过6期（次）。

（三）申报省级继续医学教育备案项目要求

1. 已按要求于当年举办完成并通过省级“CME项目网上申报及信息反馈系统”填报执行情况的继续医学教育项目，拟下一年度继续举办，可申请项目备案，备案只可进行一次；

2. 如项目申报备案，除下一年度的举办起止日期、地点、拟招生人数及项目负责人联系电话、申办单位联系人和电话可变更外，其余项目信息均不得变更；

3. 项目备案时题目中涉及期（届、次等）数或年份需调整

时，可在备案表的备注中注明改后的期（届、次等）数或年份数。

4. 因 2016 年处于新、旧系统交接阶段，省级备案项目无需在网上填报，拟在下一年度继续举办的单位，按要求填写纸质备案表（附件 2）一式二份。

（四）申报省级学术会议类继续医学教育项目要求

1. 申报单位必须是省级学（协）会单位；

2. 要明确举办学术会议的目的，内容紧紧围绕我省卫生工作重点，结合本学科领域临床、科研工作的热点、难点和疑点问题，选题新颖，内容丰富，真正发挥引领我省各学科学术发展的作用；

3. 避免召开重复性的学术会议，发挥学（协）会及专科分会优势，举办整合多学科的具有前瞻性、交叉性和综合性的高水平学术会议和省内外有影响力的品牌学术会议，推动我省医学学术交流的发展；

4. 项目负责人在主办的会议中须安排专题报告。每个学术会议选择的专家讲者应是专业水平高，并具有高级专业技术职务的专家，同时，应注意其所在单位的代表性和广泛性，避免出现以学（协）会或专科分会挂靠单位专家讲者为主的现象，影响学术交流的水平；

5. 授课师资信息须填写真实，由学（协）会主要负责人或专科分会主任委员审核并签字确认；

6. 学术会议总学时数须满 18 个学时（其中讲座必须满 12 学

时),会议时间一般不少于2天。每个项目所授学分数最多不超过5学分;

7. 省级学术会议类继续医学教育项目有效期为一年且只可举办一次。

(五) 其他要求

1. 每家申报单位省级继续医学教育项目新申报数不能超过3项(省级医疗卫生单位不超过5项),申报妇产科学、儿科学、精神卫生学、全科医学、医学教育项目不限。

2. 同一项目如已提交申报2017年国家级继教项目,同时也可提交申报省级继教项目,但同一项目一旦国家级入选,省级即不入选。

3. 继续医学教育项目申报、备案均不得收取费用。

三、申报程序

(一) 项目申报程序

1. 继续医学教育项目申报工作按属地管理。各市、县(市、区)医疗卫生单位向市继续医学教育委员会办公室申报,市继续医学教育委员会办公室提出审核意见后统一报送省继续医学教育委员会办公室,省级医疗卫生单位、省级有关学术团体等项目进行审核后报送省继续医学教育委员会办公室。各市继续医学教育委员会办公室将本地区的申报材料收齐后统一送至省继续医学教育委员会办公室,并将汇总表(附件3、4)电子稿发至省继续医学教育委员会办公室邮箱。

2. 各申办单位通过省级“申报系统”网上填写申报表并上报后，还需报送纸质申报表一式二份（注：项目网上申报后，点击项目的申请代码可显示所申报的项目并可进行打印），纸质申报表的项目负责人和授课教师签字栏须由项目负责人和授课教师签字确认，经申办单位同意并加盖单位公章后逐级上报。具体申报程序详见“申报系统”中的“用户操作说明”。

（二）申报用户名申请

1. 申报网址：<http://cme.zjwst.gov.cn>。

2. 申报继续医学教育项目的各市、县（市、区）医疗卫生单位可向本市继续医学教育委员会办公室申请行政账户和密码，省级医疗卫生单位、有关学术团体等直接向省继续医学教育委员会办公室申请。

3. 申报用户通过“浙江省 CME 项目网上申报及信息反馈系统”（以下简称申报系统）自行注册申报账号并经单位审核通过后方可申报项目。

四、申报时间

（一）省级及省级学术会议类项目申报日期为：2016 年 10 月 14 日至 11 月 15 日（系统开放时间为周一至周五 8:00—18:00）。

（二）省级备案项目申报纸质材料提交日期为：2017 年 1 月 4 日至 1 月 20 日。

请各地市继教办和各医疗卫生单位在上一级规定的申报时间范围内设定本辖区、单位的申报时间。

为方便各市、各单位申报，省继续医学教育委员会办公室定于2016年11月16日至25日集中受理新申报的省级及省级学术会议类继续医学教育项目纸质材料。省级项目备案表于2017年1月20日之前由各地市继续医学教育委员会办公室审核后统一报送省继续医学教育委员会办公室。逾期不予受理。

五、联系方式

联系人：省卫生计生委科教处 刘 怡

省继续医学教育委员会办公室 官 蕾

电 话：0571 - 87709062, 87567839

E - mail: zjscme@163.com

地 址：杭州市武林广场8号省科协大楼1002室

邮 编：310003

- 附件：1. 浙江省继续医学教育项目申报表
2. 2017年浙江省省级继续医学教育项目备案表
3. 申报2017年浙江省省级继续医学教育项目汇总表
4. 申报2017年浙江省省级继续医学教育备案项目汇总表
(附件请至 <http://cmel.zjwst.gov.cn> 下载)

浙江省继续医学教育委员会办公室

2016年10月12日



附件 1

申请代码:

浙江省继续医学教育项目 申 报 表

项 目 名 称 _____

所在学科及代码
(二、三级学科) _____

申 报 单 位 (公章) _____

申 报 日 期 _____

填表说明

一、项目的申请代码系网上申报时自动生成，项目网上申报后，点击项目的申请代码可显示所申报的项目并可进行打印。

二、本表填写注意事项：

（一）填写思路：

- 1.体现本申报项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性；
- 2.分析本申报项目的培训需求；
- 3.介绍培训效果的具体评估方法。

（二）教学对象须符合该学科继续教育对象的要求。

（三）项目举办方式有：学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班、讲习班、学习班等。

（四）教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼等与教学无关的时间。

（五）学分计算方式：

参加者经考核合格，按每 6 学时授予 1 学分；主讲人每学时授予 1 学分。每个项目所授学分数最多不超过 5 学分。

（六）填写项目申报表时，所填内容系指举办一期活动而言。如同一项目举办一期以上时，请填写每期相应的举办时间与举办地点。

三、申报表须按规定程序要求，经市继续医学教育委员会、省级医疗卫生单位、省级有关学术团体等单位签署意见、加盖章后，如期由上述单位统一上报省继续医学教育委员会办公室，逾期不予受理。

省级继续医学教育项目学科分类与代码

代码	学科名称	代码	学科名称
01-	基础形态	06-	儿科学
01-01-	组织胚胎学	06-01-	儿科内科学
01-02-	解剖学	06-02-	儿科外科学
01-03-	遗传学	06-03-	新生儿科学
01-04-	病理学	06-04-	儿科学其他学科
01-05-	寄生虫学	07-	眼、耳鼻喉学科
01-06-	微生物学	07-01-	耳鼻喉科
02-	基础机能	07-02-	眼科学
02-01-	生理学	08-	口腔医学学科
02-02-	生物化学	08-01-	口腔内科学
02-03-	生物物理学	08-02-	口腔外科学
02-04-	药理学	08-03-	口腔正畸学
02-05-	细胞生物学	08-04-	口腔修复学
02-06-	病生理学	08-05-	口腔学其他学科
02-07-	免疫学	09-	影像医学学科
02-08-	基础医学其他学科	09-01-	放射诊断学
03-	临床内科学	09-02-	超声诊断学
03-01-	心血管病学	09-03-	放射肿瘤学
03-02-	呼吸病学	09-04-	影像医学其他学科
03-03-	胃肠病学	10-	急诊学
03-04-	血液病学	11-	医学检验
03-05-	肾脏病学	12-	公共卫生与预防医学
03-06-	内分泌学	12-01-	劳动卫生与环境卫生学
03-07-	神经内科学	12-02-	营养与食品卫生学
03-08-	传染病学	12-03-	儿少卫生与妇幼卫生学
03-09-	精神卫生学	12-04-	卫生毒理学
03-10-	内科学其他学科	12-05-	统计流行病学
04-	临床外科学	12-06-	卫生检验学
04-01-	普通外科学	12-07-	公共卫生与预防医学其他学科
04-02-	心胸外科学	13-	药学
04-03-	烧伤外科学	13-01-	临床药理学和临床药理学
04-04-	神经外科学	13-02-	药剂学
04-05-	泌尿外科学	13-03-	药物分析学
04-06-	显微外科学	13-04-	药事管理学
04-07-	骨外科学	13-05-	药学其他学科
04-08-	肿瘤外科学	14-	护理学
04-09-	颅脑外科学	14-01-	内科护理学
04-10-	整形、器官移植外科学	14-02-	外科护理学
04-11-	麻醉学	14-03-	妇产科护理学
04-12-	皮肤、性病学	14-04-	儿科护理学
04-13-	外科学其他学科	14-05-	护理其他学科
05-	妇产科学	15-	医学教育与卫生管理
05-01-	妇科学	15-01-	医学教育
05-02-	产科学	15-02-	卫生管理
05-03-	妇产科学其他学科	16-	康复医学
		17-	全科医学

项目负责人简况	姓名		性别		出生年月日			
	职称		职务		最高学历	从事专业		
	工作经历							
	教育经历							
	作为负责人曾承担过哪些继续医学教育项目							
	本人曾开展过哪些与申报项目相关的研究及曾发表过哪些相近的文章							
本人曾发表过哪些相近的文章								

国内外本领域的最新进展及需要解决的问题：

本项目的主要内容及创新点（须体现项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性、科学性）：

本项目的获奖情况：

本项目的培训需求及预期目标：

本项目培训效果（提出培训效果的具体评估方法及指标）：

主办单位近五年与本项目有关的工作概况（包括开展医疗卫生工作、科研工作及师资队伍情况）：

项目讲授题目及内容简要

讲授题目	讲课内容简介	授课教师	学时	教学方法

授 课 教 师	理 论 授 课 教 师	姓名	专业技术 职称	主要研究方向	所 在 单 位	签字
	实 验 （ 技 术 示 范） 教 师	姓名	专业技术 职称	主要研究方向	所 在 单 位	签字
举办方式						
举办起止日期		年 月 日 —— 年 月 日				
举办期限（天）					考核方式	
教学对象					拟招生人数	
教学总学时数					讲授理论时数	
					实验（技术示范）时数	
举办地点					拟授学分数	
申办单位				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		项目负责人邮政编码	
<p>市继续医学教育委员会或省级医疗卫生单位、高等医学院校意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>		
<p>浙江省继续医学教育委员会意见</p>	<p style="text-align: right;">盖章 年 月 日</p>		
<p>备注</p>			

附件 2

2017 年浙江省继续医学教育项目备案表

所在单位

填表人：

电话：

填表日期：

项目编号		项目负 责人		联系 电话	
项目名称					
申办单位		联系电话		联系人	
今年举办地点		应授学分		实授学分	
今年举办起止日期				举办期限	
明年举办起止日期				举办期限	
拟招学员人数				拟授学分	
教学对象：					
反馈项目执行情况（若已反馈在方块内打“√”）	<input type="checkbox"/> 1. 执行项目情况总结 <input type="checkbox"/> 2. 文学或声像教材 <input type="checkbox"/> 3. 考试试题 <input type="checkbox"/> 4. 项目日程表 <input type="checkbox"/> 5. 省级继续医学教育项目执行情况汇总表				
市继续医学教育委员会或省级医疗卫生单位意见	盖章 年 月 日				
浙江省继续医学教育委员会审批意见	盖章 年 月 日				

申报 2017 年国家级继续医学教育项目汇总表

申报单位(盖章)

填报日期:

序号	项目名称	申报单位	项目负责人	负责人电话	学科分类代码	拟举办起止日期	拟举办地点	申请学分	教学对象	拟招生人数
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
联系人: _____ 联系电话: _____										

申报 2017 年省级继续医学教育备案项目汇总表

申报单位(盖章)

填报日期:

序号	项目编号	项目名称	项目负责人	负责人电话	拟举办期限 起止日期	拟举办 地点	申请 学分	教学对象	拟招生 人数	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
			联系人:					联系电话:		

抄送：省卫生和计划生育委员会、省人力资源和社会保障厅，各
市和义乌市卫生计生委（局），各市继续医学教育委员会。

浙江省继续医学教育委员会办公室

2016年10月12日印发
