

附件1：

重庆市市级继续医学教育项目申报表

项目编号： 申报日期： 年 月 日

项目名称					所在学科		
申报单位					邮政编码		
项目目标							
项目内容摘要 (200字以内)							
项目内容及其水平在 国内外的地位(√)	本地区先 进水平		国内先 进水平		国际先 进水平		
项目负责人	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 与项目有关 的工作概况	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	其中操作或实习 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	年 月 日		地点				
结束日期	年 月 日						
区(县)或委属单位继续 医学教育委员会意见	盖章 年 月 日						
市继续医学教育委员 会审批意见	盖章 年 月 日						
备 注							