2025年度中医药继续教育推荐项目

申　报　表

**项目名称**

**申报单位**

**负责人姓名**

**联系电话**

**所属学科及代码**

国家中医药管理局人事教育司制

2025年4月

填表说明

一、请项目负责人认真阅读并下载打印《中医药继续教育项目负责人承诺书》，在承诺书上签字后上传至国家级中医药继续教育项目管理系统。

二、本申报书所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填、错填，表达要清晰、准确。

三、项目主办单位为申报中医药继续教育推荐项目的单位，承办单位为实际执行中医药继续教育推荐项目的单位，二者可为同一单位。

四、学分授予按3小时授予1学分，每个项目所授学分最多不超过10学分。教学时长为实际授课时间，不包括报到、撤离、开班仪式等与教学无关的时间。

五、填写申报单位、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（与单位公章一致）。主办单位联系人及联系电话请如实准确填写。

六、申报项目拟招收人数应提前做好计划，项目举办时招收人数原则上不得超过计划招收人数，为确保质量，培训班、研修班等面授项目人数原则上控制在1000人以内，外省学员和基层学员的占比人数原则上不低于10%。申报项目的名称、内容、教学时数及授课教师不可任意更改。

七、申报单位要保证项目执行率，避免出现重立项轻举办的情况，项目执行率将作为下一年度项目申报的重要参考依据。

国家级中医药继续教育项目学科分类及代码

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代码 | 学科名称 | 代码 | 学科名称 |
| 1 | 中医基础 | 17 | 中医外科相关学科 |
| 2 | 中医脑病学 | 18 | 中医妇科学 |
| 3 | 中医心病学 | 19 | 中医儿科学 |
| 4 | 中医肝病学 | 20 | 中医骨伤科学 |
| 5 | 中医脾胃病学 | 21 | 针灸学 |
| 6 | 中医肺病学 | 22 | 推拿学 |
| 7 | 中医肾病学 | 23 | 中医眼科学 |
| 8 | 中医血液病学 | 24 | 中医耳鼻喉科学 |
| 9 | 中医肿瘤病学 | 25 | 中医康复学 |
| 10 | 中医内分泌病学 | 26 | 中医急诊学 |
| 11 | 中医痹病学 | 27 | 中医“治未病”学 |
| 12 | 中医老年病学 | 28 | 中药学 |
| 13 | 中医神志病学 | 29 | 中医护理学 |
| 14 | 中医内科相关学科 | 30 | 少数民族医药学 |
| 15 | 中医皮肤病学 | 31 | 中医药管理学 |
| 16 | 中医肛肠病学 | 32 | 其他学科 |

注：1.学科目录参照往年申报情况及《医疗机构诊疗科目名录》制定。

2.中医基础主要包括中医基础理论、中医诊断学、中医方剂学、四大经典、医史、文献、医古文等。

3.表中各学科均包含中西医结合相关学科。

中医药继续教育项目负责人承诺书

本人负责 请填写项目名称 中医药继续教育项目。对此，我郑重承诺：

1.规范开展中医药继续教育活动，严格开展考核工作，不随意变更授课教师、不压缩教学时长，不借用本项目名称举办其他内容的学习班，加强学分管理，杜绝弄虚作假、乱授学分和乱发证书。

2.坚持中医药继续教育活动公益性质，严格项目经费管理，按照财务规定合规收费规范使用，不以营利为目的。坚决抵制商业贿赂，个人不接受企业及相关利益方提供的赞助、旅游和娱乐等服务，不收受企业及相关利益方各种名义的财物。课件不含医药企业或产品的标识、商品名、广告或产品组信息。

3.落实意识形态主体责任，对所负责的项目严把意识形态审核关，传播正能量，绝不给错误思想观点提供传播渠道。

4.严格落实中央八项规定及其实施细则精神，不以中医药继续教育名义组织与培训无关的活动，不在国家明令禁止举办会议培训的风景名胜区举办项目，不组织与项目无关的参观考察和旅游观光等活动。

5.严格遵守医疗卫生行业会议活动管理的相关要求，不进行产品推介活动，不从事其他有关法律法规明令禁止的行为。

若违反上述承诺，本人愿意承担相关责任。

项目负责人签名：

年 月 日

一、基本信息

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **主办单位** | **名 称** |  |
| **项目负责人** |  | **手机号码** |  |
| **联 系 人** |  | **固定电话** |  |
| **资 质** | □地（市）级以上医疗机构□教育部登记注册的开设中医药类专业的教育机构□省级以上中医药科研机构□省级以上中医药学术团体□国家中医药管理局高水平重点学科□国家中医优势专科建设单位和国家中医优势专科培育单位□受国家中医药管理局委托开办中医药继续教育项目的单位 |
| **承办单位** | **名 称** |  |
| **项目负责人** |  | **联系电话** |  |
| **资 质** | □地（市）级以上医疗机构□教育部登记注册的开设中医药类专业的教育机构□省级以上中医药科研机构□省级以上中医药学术团体□国家中医药管理局高水平重点学科□国家中医优势专科建设单位和国家中医优势专科培育单位□受国家中医药管理局委托开办中医药继续教育项目的单位 |
| **实施方式** | □培训班 □研修班 □现代远程教育 □其他 |
| **培训对象** | 所属科别 |  |
| 培训范围 | □全国 □本地区 □农村 □城市社区 |
| 人员层次 | □初级以下 □初级 □中级 □高级 |
| **计划培训人数** |  | **收费标准** |  |
| **培训地点** |  省（区、市） 市 |
| **培训日期** |  月 日 月 日（不含报到及撤离时间） |
| **教学时数** |  | **考核办法** |  | **申请学分** |  |

二、师资水平

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **主****讲****人** | **姓 名** |  | **出生年月** |  |
| **学历学位** |  | **毕业学校** |  |
| **专 业** |  | **职 称** |  |
| **联系电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **授课教师****类别** |  | **教学时数** |  |
| **授课内容** |  |
| **学术水平和技术专长** |  |
| **教师姓名** | **职 称** | **所在单位** | **授课内容** | **教学****时数** | **授课****教师****类别** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

三、目的内容及前期基础

|  |  |
| --- | --- |
| **培训目的** |  |
| **培训主要内容及学术水平** |  |
| **主办单位与项目相关工作概况** | **近三年举办继续教育项目情况** |
| 项目名称 | 项目负责人 | 举办时间 | 授予学分数 | 审批单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **其他支撑条件** |

四、审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| **主办单位意见** | （盖章）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **省级中医药主管部门意见** | 　　　　　　　　（盖章）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **专家组****评审意见** | 　　　　　　　　（签字）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **国家中医药管理局审批意见** | 　　　　　　　　（签字）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **备 注** |  |