

# 浙江省继续医学教育委员会办公室文件

浙继委办发〔2017〕1号

---

## 关于申报 2018 年省级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 2018 年省级继续医学教育项目申报工作，现将有关事项通知如下：

### 一、申报要求

#### （一）总体要求

继续医学教育项目要紧密围绕我省卫生人才成长的需求、培

养的重点，面向临床，注重应用，讲求效果，要提出培训的预期目标及效果的考核指标。

## （二）申报类别

2018年浙江省继续医学教育项目申报分A、B、C类项目和省级备案项目。

1. A类项目：以本专业领域诊断治疗标准、规范、指南和共识为主，根据基层医院和省市级医院诊治疾病类型的不同，分基层医院方向和省市级医院方向。

2. B类项目：以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为主要内容，注重项目的针对性、实用性和先进性。

3. C类项目：符合我省省级学术会议继续医学教育项目立项原则，发挥引领我省各学科学术发展的作用。

4. 省级备案项目：已按要求于当年举办完成且执行情况良好的，拟在下一年度举办的项目。

## （三）申报条件

### 1. A类和B类项目：

（1）项目负责人必须是在职（岗）工作人员，具有本专业较高的学术造诣和技术水平，负责的项目内容须是其所从事的主要专业或研究方向，必须参与授课。

（2）项目理论授课教师要具有副高级及以上专业技术职务，实验（技术示范）教师要具有中级及以上专业技术职务，其专业

与授课内容的学科专业要一致。

## 2. C 类项目：

(1) 申报单位必须是省级学（协）会单位。

(2) 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。

## 3. 省级备案项目：

(1) 已通过省级“CME 项目网上申报及信息反馈系统”（以下简称“申报系统”）填报执行情况的继续医学教育项目。

(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更改后的期（届、次等）数或年份数。

## （四）其他要求

1. 同一项目如已提交申报 2018 年国家级继教项目，同时也可提交申报省级继教项目，但该项目一旦国家级入选，省级即不入选。

2. 省继续医学教育委员会办公室将从经评审公布的新立项项目中，选择优秀项目纳入我省继续医学教育网络教学精品课程，供专业技术人员在浙江省继续医学教育网上学习，对入选项目给予连续三年举办权等政策支持。各单位在申报项目时，可以直接申请精品课程，在申报表中加以标注。

3. 继续医学教育项目申报、备案均不得收取费用。

## 二、申报程序

(一) 申报网址：<http://cme.zjwst.gov.cn>。

(二) 申报用户通过“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。

(三) 各申办单位通过省级“申报系统”网上项目逐级上报后还需报送纸质申报表一份（注：项目网上申报后，点击项目的申请代码即可打印），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。

## 三、申报时间

(一) 省级继续医学教育 A、B、C 类项目网上申报日期为 2017 年 11 月 20 日至 12 月 20 日，2017 年 12 月 21 日至 26 日集中受理纸质材料。

(二) 省级备案项目网上申报日期为 2017 年 11 月 20 日至 2018 年 1 月 25 日，2018 年 1 月 26 日至 31 日集中受理纸质材料。

请各地市继教办和省直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（系统开放时间为每天 7:00—19:00），并在规定时间内收齐纸质申报材料后统一送至省继续医学教育委员会办公室，汇总表（附件 5、6）电子稿发至省继续医学教育委员会办公室邮箱。逾期不予受理。

## 四、联系方式

联系人：省继续医学教育委员会办公室 单单

省卫生计生委科教处 刘怡

电 话：0571-87567839,87709062

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（A 类）
2. 浙江省继续医学教育项目申报表（B 类）
3. 浙江省继续医学教育项目申报表（C 类）
4. 浙江省继续医学教育项目备案表
5. 申报 2018 年浙江省省级继续医学教育项目汇总表
6. 申报 2018 年浙江省省级继续医学教育备案项目汇总表

（附件请至 <http://cme.zjyxh.org.cn> 下载）

浙江省继续医学教育委员会办公室

2017 年 4 月 13 日

---

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

2017年11月13日印发

---

附件 1:

申请代码:

申请类别: A 类

# 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 (盖章) \_\_\_\_\_

申 报 日 期 \_\_\_\_\_

浙江省继续医学教育委员会制

## 填表说明

一、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成。

二、本申报表所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填，表达要简单、明确。

三、申报表填写内容须打印。

四、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、高等医学院校等单位签署具体意见、加盖公章后，如期（以邮戳为准）由上述单位统一上报省继续医学教育委员会办公室。

五、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）。

六、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。

七、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；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。

八、教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼及与教学无关的时间。

九、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。

十、填写项目申报表时，如同一项目举办一期以上，请填写每期相应的举办时间与举办地点，每年举办的期数不超过 6 期。

## 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
<b>01-</b>	<b>基础形态</b>	<b>06-</b>	<b>儿科学</b>
01-01-	组织胚胎学	06-01-	儿科内科学
01-02-	解剖学	06-02-	儿科学其他学科
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	<b>07-</b>	<b>眼、耳鼻喉学科</b>
01-06-	微生物学	07-01-	耳鼻喉科
<b>02-</b>	<b>基础机能</b>	07-02-	眼科学
02-01-	生理学	<b>08-</b>	<b>口腔医学学科</b>
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	<b>09-</b>	<b>影像医学学科</b>
02-08-	基础医学其他学科	09-01-	放射诊断学
<b>03-</b>	<b>临床内科学</b>	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	<b>10-</b>	<b>急诊学</b>
03-04-	血液病学	<b>11-</b>	<b>医学检验</b>
03-05-	肾脏病学	<b>12-</b>	<b>公共卫生与预防医学</b>
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
<b>04-</b>	<b>临床外科学</b>	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	<b>13-</b>	<b>药学</b>
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	<b>14-</b>	<b>护理学</b>
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
<b>05-</b>	<b>妇产科学</b>	<b>15-</b>	<b>医学教育与卫生管理</b>
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	<b>16-</b>	<b>康复医学</b>
		<b>17-</b>	<b>全科医学</b>

项目 负责 人 简 况	姓名		性别		出生年月日	
	职称		职务		最高学历	
	工作单位		是否在职（岗）		从事专业	
	是否参与项目授课				项目负责人签字	
	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						
本人曾发表过哪些与申报项目相近的文章						

本专业领域诊断治疗标准、规范描述及需要解决的问题：

本项目的培训需求及预期目标：

本项目培训预期效果（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、科研工作以及师资队伍情况）：



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					
举办方式				是否申请精品课程项目			
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				拟授学员学分			
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:

申请代码:

申请类别: B 类

# 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 (盖章) \_\_\_\_\_

申 报 日 期 \_\_\_\_\_

浙江省继续医学教育委员会制

## 填表说明

一、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成。

二、本申报表所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填，表达要简单、明确。

三、申报表填写内容须打印。

四、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、高等医学院校等单位签署具体意见、加盖公章后，如期（以邮戳为准）由上述单位统一上报省继续医学教育委员会办公室。

五、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）。

六、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。

七、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；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。

八、教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼及与教学无关的时间。

九、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。

十、填写项目申报表时，如同一项目举办一期以上，请填写每期相应的举办时间与举办地点，每年举办的期数不超过 6 期。

## 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
<b>01-</b>	<b>基础形态</b>	<b>06-</b>	<b>儿科学</b>
01-01-	组织胚胎学	06-01-	儿科内科学
01-02-	解剖学	06-02-	儿科学其他学科
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	<b>07-</b>	<b>眼、耳鼻喉学科</b>
01-06-	微生物学	07-01-	耳鼻喉科
<b>02-</b>	<b>基础机能</b>	07-02-	眼科学
02-01-	生理学	<b>08-</b>	<b>口腔医学学科</b>
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	<b>09-</b>	<b>影像医学学科</b>
02-08-	基础医学其他学科	09-01-	放射诊断学
<b>03-</b>	<b>临床内科学</b>	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	<b>10-</b>	<b>急诊学</b>
03-04-	血液病学	<b>11-</b>	<b>医学检验</b>
03-05-	肾脏病学	<b>12-</b>	<b>公共卫生与预防医学</b>
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
<b>04-</b>	<b>临床外科学</b>	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	<b>13-</b>	<b>药学</b>
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	<b>14-</b>	<b>护理学</b>
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
<b>05-</b>	<b>妇产科学</b>	<b>15-</b>	<b>医学教育与卫生管理</b>
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	<b>16-</b>	<b>康复医学</b>
		<b>17-</b>	<b>全科医学</b>

项目负责人简况	姓名		性别		出生年月日	
	职称		职务		最高学历	
	工作单位		是否在职(岗)		从事专业	
	是否参与项目授课				项目负责人签字	
	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						
本人曾发表过哪些与申报项目相近的文章						

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（体现项目在理论、知识、方法和技术上的新颖性、科学性）：

本项目的培训需求及预期目标：

本项目培训预期效果（提出培训效果的具体评估方法及指标）：



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	
举办方式		是否申请精品课程项目					
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		拟授学员学分					
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 3:

申请代码:

申请类别: C 类

# 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) \_\_\_\_\_

申报学 (协) 会 (盖章) \_\_\_\_\_

申 报 日 期 \_\_\_\_\_

浙江省继续医学教育委员会制

# 填表说明

一、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成。

二、本申报表所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填，表达要简单、明确。

三、申报表填写内容须打印。

四、申报表须按规定程序要求，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，加盖章后，如期上报省继续医学教育委员会办公室。

五、教学时数为实际授课时数，不包括开班典礼及与教学无关的时间。

六、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 3 学分。

## 学科分类与代码

代码	学科名称	代码	学科名称
<b>01-</b>	<b>基础形态</b>	<b>06-</b>	<b>儿科学</b>
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	<b>07-</b>	<b>眼、耳鼻喉学科</b>
01-06-	微生物学	07-01-	耳鼻喉科
<b>02-</b>	<b>基础机能</b>	07-02-	眼科学
02-01-	生理学	<b>08-</b>	<b>口腔医学学科</b>
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	<b>09-</b>	<b>影像医学学科</b>
02-08-	基础医学其他学科	09-01-	放射诊断学
<b>03-</b>	<b>临床内科学</b>	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	<b>10-</b>	<b>急诊学</b>
03-04-	血液病学	<b>11-</b>	<b>医学检验</b>
03-05-	肾脏病学	<b>12-</b>	<b>公共卫生与预防医学</b>
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
<b>04-</b>	<b>临床外科学</b>	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	<b>13-</b>	<b>药学</b>
04-03-	烧伤外科学	13-01-	临床药学和临床药理学
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	<b>14-</b>	<b>护理学</b>
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
<b>05-</b>	<b>妇产科学</b>	<b>15-</b>	<b>医学教育与卫生管理</b>
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	<b>16-</b>	<b>康复医学</b>
		<b>17-</b>	<b>全科医学</b>

项 目 负 责 人 简 况	姓名		性别		出生年月		
	职称		职务		最高学历		从事专业
	工 作 简 历：						
作为负责人曾承担过哪些继续医学教育项目：							

学术会议简要内容及创新点（须体现会议在理论、知识、方法和技术上的新颖性、科学性）：

国内外本领域的最新进展及需要解决的问题：

学术会议的需求及预期目标：

	姓名	专业技术职务	所在单位	讲授题目	学时数	签名
主要授课教师						

以上授课教师均已审核确认。

学（协）会主要负责人或专科分会主任委员 签字:

召开起止日期	年 月 日— 年 月 日	是否申请精品课程项目	
会议总学时数	授课：____学时；学术讨论：____学时； 各类技术观摩：____学时	计划参加人数	
参加对象		会议地点	
项目联系人		联系电话	

<p>省级学（协）会 审查意见</p>	<p>盖章            年    月    日</p>
<p>浙江省继续医学 教育委员会审批 意见</p>	<p>盖章            年    月    日</p>

## 附件 4:

## 2018 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				

附件 5:

申报2018年省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	申报类别	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: _____											

附件 6:

申报2018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:		