

浙江省继续医学教育委员会文件

浙继委发〔2018〕01号

关于申报 2019 年省级继续医学教育 项目的通知

省级医疗卫生单位、高等医学院校、各市继续医学教育委员会办公室、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 2019 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）项目总体要求

2019 年继续医学教育项目设计需紧密围绕全省卫生健康事业发展和医教研实际需求，以切实提高卫生专业技术人

员医疗业务水平，提升老百姓就医获得感为目标，要求紧跟医学发展前沿，符合医学教育要求，培训内容新颖，课程设计严密，学时分配合理，实际效果良好，培训质量可靠。

（二）申报单位

全省各级医疗卫生机构、省级医口社会团体单位和高等医学院校。

（三）申报类别

2018 年浙江省继续医学教育项目申报分五类：能力提升类、技术前沿类、学术会议类、行业公需类和省级备案项目。

1. 能力提升类（A 类）项目：以本专业领域诊断治疗标准、规范、指南和共识为主要内容，重点针对心脑血管疾病、肿瘤、慢性病等重大多发疾病以及基层急需的急诊、妇产科、儿科、康复、老年医学等专业疾病的规范诊治开展培训。其中面向基层急需专业的项目根据重点推荐方向的要求申报（详见附件 1），同时鼓励申报以县域医共体内医学人才一体化培养和团队培养为主题的继续医学教育项目。

2. 技术前沿类（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，突出临床新技术应用。

3. 学术会议类（C 类）项目：优选我省学术影响力大，辐射覆盖面广，参会人数多的优质省级学术会议申报继续医学教育项目，发挥引领学科学术发展的作用。

4. 行业公需类（D 类）项目：以提升职业综合素质为目标，申报内容主要包括：医学人文、卫生法律法规、医德医风、医学伦理、医患沟通等。

5. 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。

（四）申报条件

1. A、B、D 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，每年每位项目负责人新申报的项目不能超过 2 项。

（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）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，且执行情况良好的继续医学教育项目，要求培训规模在 30 人以上或培训人员覆盖全省 1/3 以上地市。

（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）备案时项目名称中涉及期（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。

（五）举办形式

从 2019 年起，我省将创新继续医学教育项目举办形式，积极鼓励项目主办单位利用“互联网+”的优势，采用互联网远程教育和新媒体教学的手段（如手机微课、网络慕课等教学音视频载体）方便学员学习，缓解工学矛盾，同时要求内容精练、形象生动、制作精良，并设置知识点考核环节。采用会议培训方式的项目须结合集中授课、临床实践、床旁教学和模拟教学等形式进行。我委将遴选一批精品课程进入全省继续医学教育网络平台予以推广，并纳入下一年度省级项目管理。

（六）其他要求

1. 鼓励各地各单位申报 A、B 类项目，全面提升卫生专业技术人员疾病防治能力水平；鼓励以网络授课形式申报 D 类项目，提升卫生专业技术人员医学人文修养和规范执业理念。

2. 申报单位和个人须信守继续医学教育廉洁承诺，坚持继续医学教育活动公益性质，严格继续医学教育项目经费管理，不得违规收受来自利益相关单位和个人的培训经费赞助，按照财务规定合规收费规范使用。一经发现违法违规情况将追究项目负责人和申报单位责任，并通报全省。

3. 同一项目入选 2019 年国家级继教项目，不再申报省级项目。

4. 继续医学教育项目申报、备案均不收取费用。

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），纸质申报表须由项目负责人和授课教师签字，并加盖申报单位公章。

三、申报时间

（一）新申报项目（A、B、C、D类）：网上申报日期为2019年1月2日至1月11日，2019年1月12日至1月14日集中受理纸质材料。

（二）省级备案项目：网上申报日期为2019年1月2日至2019年1月18日，2019年1月19日至1月21日集中受理纸质材料。

请各市继教办、省直各医疗卫生单位、高等医学院校、省级有关学术团体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，并在规定时间内收齐纸质申报材料（一式一份）后统一送至省继续医学教育委员会办公室，汇总表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 官 蕾

省卫生健康委科教处 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. 2019 年省继续医学教育基层疾病诊治重点推荐领域
2. 浙江省继续医学教育项目申报表
3. 2019 年浙江省继续医学教育项目备案表
4. 2019 年浙江省省级继续医学教育申报项目汇总表
5. 2019 年浙江省省级继续医学教育备案申报项目汇总表

(附件请至 <http://cme.zjyxh.org.cn> 下载)

浙江省继续医学教育委员会

2018 年 12 月 27 日



附件 1:

2019 年省继续医学教育基层急需专业重点推荐方向

专业	重点领域
急诊医学	中枢神经系统急症
	循环系统急症
	呼吸系统急症
	消化系统急症
	创伤
	中毒
	急诊感染
妇产科	生殖系统炎症
	生殖内分泌疾病
	妇科肿瘤
	子宫内膜异位症
	盆底功能障碍性疾病
	妊娠期并发症
	产程临床管理
	异常妊娠和不孕症诊治
儿科学	儿童急救
	儿童生长发育
	新生儿相关疾病

	儿童呼吸系统疾病
	儿童心血管疾病
	儿童肾脏与风湿免疫
	儿童消化与感染
	儿童神经系统疾病
	儿童内分泌与代谢
	小儿危重症
	儿童血液系统疾病
康复医学	康复评定
	康复治疗
	临床康复及问题处理
老年医学	老年综合征
	老年营养
	老年康复
	老年心血管系统疾病
	老年神经系统疾病
	老年呼吸系统疾病
	老年消化系统疾病
	老年内分泌及代谢系统疾病
	老年泌尿系统疾病

附件 2:

申请代码:

申请类别:

浙江省继续医学教育项目申报表

项目名称 _____

所在学科 _____
(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、认真阅读《继续医学教育项目廉洁承诺书》并在承诺书上签字。

二、项目的申请代码、类别网上申报时自动生成，申报表填写内容须打印。

三、本申报表所列内容必须实事求是、逐项认真填写，不要漏填，表达要明确。

四、项目举办方式有：面授（学术讲座、学术会议、专题讨论会、研讨班等），网络教学。

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。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。

八、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。

九、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。

十、申报内容包括公共知识和专业知识，其中专业知识分提升类、前沿类和学术交流类。

十一、基层机构包括：社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室（站）。

继续医学教育项目廉洁承诺书

在组织举办继续医学教育项目期间，本人郑重承诺：

严格按照《卫生部教育部关于加强继续医学教育工作的若干意见》及相应规定开展继续医学教育项目，不随意更改时间或变更地点。

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活动，不组织旅游观光。

坚持继续医学教育活动公益性质，严格继续医学教育项目经费管理，按照财务规定合规收费规范使用。

坚决抵制商业贿赂行为对继续医学教育活动的干扰，不向利益相关单位和个人提供商业展览，不接受来自利益相关单位和个人的培训经费赞助、旅游考察、娱乐活动和其他各种名义的财物。

以上承诺本人认真履行，如有违反愿承担相关责任。

项目负责人签名：_____

申报单位：（盖章）

年 月 日

省级继续医学教育项目学科分类与代码

专业知识类代码:

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-	病理生理学	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	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
04-02-	心胸外科学	13-	药学
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	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	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	16-	康复医学
		17-	全科医学
公共知识类代码：18-			
代码	学科名称	代码	学科名称
18-1	卫生法律法规	18-4	医患沟通
18-2	医德医风	18-5	医学伦理
18-3	医学人文	18-6	重大传染病和突发公共卫生

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		
	工作简历						
	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）：

项目讲授题目及内容简要						
讲授题目		内容		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					

举办形式	(如选择网络授课请填写授课平台)	是否面向基层			
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			
		其中基层单位学员人数			
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			
申报单位		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	
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意见	盖章 年 月 日				
备 注					

附件 3:

2019 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		其中面向基层单位人数		拟授学分	
教学对象：					
市继续医学教育委员会或省级医疗卫生单位意见					
浙江省继续医学教育委员会审批意见					

附件 4:

申报 2019 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	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										
联系人:联系电话:										

附件 5:

申报 2019 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									
联系人:联系电话:									

抄送：省卫生健康委员会、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 2018 年 12 月 27 日印发
