

安徽省卫生和计划生育委员会

中发展〔2015〕32号

关于组织申报 2016 年度省级中医药 继续教育项目的通知

各市及广德、宿松县卫生计生委（中医药管理局），各高等医学院校及附院、有关省直卫生单位及学术团体：

根据省继续医学教育委员会办公室《关于申报 2016 年省级继续医学教育项目的通知》（皖继委办〔2015〕10 号），现将我省组织申报 2016 年度省级中医药继续教育项目有关事项通知如下：

一、2016 年省级继续医学教育项目申报工作仍按属地管理。各市及广德县、宿松县医疗卫生单位（含学、协会）向所在地继教管理部门申报；省中医药学会及省直医疗单位直接报送。

二、2016 年省级中医药继续教育项目执行网上申报。

1. 各市及广德县、宿松县继续教育管理部门需填写“行政用户账号申请表”（附件 1），向省级中医药继教办申请账号和密码。其所辖市、县医疗卫生单位请逐级向上级继教管理部门申请账号和密码。各高等医学院校及附院、省直医疗卫生单位、学术团体需填写“立项用户账号申请表”（附

件2)或“行政用户账号申请表”，向省级中医药继教办申请账号和密码。

2. 项目申报者请登陆“安徽省继续医学教育服务平台(网址: <http://www.ahscme.cn>)”，点击“项目管理”-“省市级项目”，输入账号与密码后进入系统申报新项目。项目申报成功后直接通过系统所生成的申请代码打印《安徽省省级继续医学教育项目申报表》。

三、申报2016年省级中医药继教项目要求。

各市、各单位要严格按照《安徽省继续医学教育项目管理办法》(皖继委〔2007〕6号)有关省级继续医学教育项目的内容和形式、基本条件等要求，认真做好项目申报的组织和管理工作的。

1. 项目举办期限不含报到时间，以实际授课和现场演示等时间计算。每天培训时间以8学时计算，6学时1分，如每天安排10学时，满3天，可授予5学分。招收学员原则上不超过200人，该类项目经评审过并公布后，将接受省继教办的全程监督。

2. 同一项目可同时申请国家级与省级继教项目，但通过评审，批准公布为国家级继教项目者，将不再列入省级继教项目。

四、申报2016年省级中医药继续教育备案项目要求。

1. 2015年批准公布的省级中医药继续教育新项目，并已规范执行，没有更改内容、学分；

2. 执行后全套材料已报省继教办备案。2016年如需继续

举办，须填报《安徽省省级继续医学教育项目备案表》（附件3）。

3. 连续2年备案的中医药继教项目不得再申报备案。

五、新项目网上申报截止时间为2015年10月23日，备案项目网上申报截止时间为2016年1月10日。

六、网上申报的新项目经审核同意后逐级上报。与网上申报内容一致的纸质《安徽省省级继续医学教育项目申报表》（1份）、已执行完毕并申请备案项目的《安徽省继续医学教育项目备案表》（1份）须按照申报途径，经相关部门审核盖章后连同《安徽省省级继续医学教育项目申报汇总表》（附件4）报送我处，电子版发送指定邮箱。

七、申报2016年省级中医药继续医学教育项目不收取评审费。

八、申报2016年省级继续医学教育项目所需的表格可登录安徽省卫生计生委网站（<http://www.ahwjw.gov.cn>）、安徽省继续医学教育服务平台（<http://www.ahscme.cn>）和安徽省医学会网站（<http://www.ahyxh.org.cn>）下载。

地 址：合肥市长江西路329号，邮编：230031；

联系人：祝劲松 徐经凤

电 话：0551-62998560，传真：0551-62998563

邮 箱：ahzyyfzc@qq.com

附件：1. 行政用户账号申请表

2. 立项用户账号申请表
3. 安徽省省级继续医学教育项目备案表
4. 安徽省省级继续医学教育项目申报汇总表

安徽省卫生计生委中医药发展处

2015年9月29日



抄送：省继续医学教育委员会办公室

附件 1:

行政用户账号申请表

单位名称(全称):			
地 址:			
电 话:			
邮 编:			
E-Mail:			
分管部门:			
分管部门负责人			
姓名:		职称:	
职务:		电话:	
分管部门分管人			
姓名:		职称:	
职务:		电话:	
传真:		E-Mail:	
单 位 意 见	盖 章 年 月 日		

附件 2:

立项用户账号申请表

姓 名:		职 务:	
所在单位(全称):			
地 址:			
电 话:			
邮 编:			
E-Mail:			
单 位 意 见	盖 章 年 月 日		

附件 3:

安徽省省级继续医学教育项目备案表

所在单位: (公章)

填表人:

电话:

填表日期: 年 月 日

项目编号		项目负责人		联系电话	
项目名称					
申报单位			联系电话		联系人
主办单位			联系电话		联系人
2015 年举办起止日期	年 月 日—— 年 月 日		举办期限	天	
举办地点		应授学分		实授学分	
2016 年举办起止日期	年 月 日—— 年 月 日		举办期限	天	
拟招学员人数		举办地点		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.文字或声像教材 <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直属单位、有关省级学术团体等单位意见	盖章 年 月 日				
省级继续医学教育委员会审批意见	盖章 年 月 日				
备注					

