

# 国家中医药管理局司便函

国中医药人教教育便函〔2026〕46号

## 关于开展2026年度中医药继续教育 推荐项目征集工作的通知

各省、自治区、直辖市中医药主管部门，新疆生产建设兵团卫生健康委，各有关单位：

为贯彻落实国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局继续医学教育管理规定有关要求，根据中医药继续教育工作实际，现就开展2026年度中医药继续教育推荐项目征集工作有关事项通知如下：

### 一、征集内容

立足当前中医药传承创新发展和中医药专业技术人员培养培训需求，国家中医药局按照“自下而上”方式遴选中医药继续教育推荐项目（以下简称“推荐项目”）。推荐项目应当强调先进性、前瞻性，注重紧缺专业、新兴和交叉学科，并适当向重点领域、特殊区域和关键岗位倾斜。具体内容详见2026年度中医药继续教育推荐项目申报指南（以下简称“申报指南”）（附件1）

### 二、征集数量和程序

中医药继续教育推荐项目采取不限额申报推荐方式。请各省级中医药主管部门根据本地中医药发展需要、中医药专业技术人员队伍数量和分级分类培训需求，综合考虑地区中医药教育资源、近年来中医药继续教育项目立项和执行等情况进行择优推荐。具体程序主要包括：

（一）组织申报。按照属地化管理原则，各省级中医药主管部门组织符合条件的单位进行申报，由项目负责人登录国家级中医药继续教育项目管理系统（网址：<http://zyjjgl.org.cn/>，以下简称“管理系统”），填写《2026年度中医药继续教育推荐项目申报表》（附件2），报各省级中医药主管部门。各有关单位根据需求做好业务范畴内推荐项目的遴选工作，由项目负责人通过管理系统直接向国家中医药管理局人事教育司进行申报。管理系统申报阶段开放时间为2026年2月26日0时—3月13日24时，逾期将不予受理。

（二）择优推荐。各省级中医药主管部门自行采取适宜方式对辖区内申报的项目进行择优遴选，通过管理系统推荐至国家中医药管理局人事教育司。管理系统推荐阶段开放时间为2026年3月14日0时—2026年3月20日24时。

（三）审核公布。国家中医药管理局人事教育司委托有关单位组织专家对各省级中医药主管部门、各有关单位推荐的项目进行遴选，按程序审定遴选结果后予以公布。

### 三、工作要求

(一)各地各单位要高度重视中医药继续教育推荐项目的申报推荐工作，加强组织领导和业务指导，规范申报推荐程序，按照“谁申报、谁主办、谁负责”的原则，对推荐的项目进行严格审核把关，确保中医药继续教育项目申报推荐工作的严肃性，真正把一批优质项目推荐出来。

(二)国家中医药局将根据工作需要，适时分批次开展中医药继续教育项目征集工作。

联系人和联系电话：辛恬熙、周艳杰，010—84130490

附件：1. 2026 年度中医药继续教育推荐项目申报指南  
2. 2026 年度中医药继续教育推荐项目申报表

国家中医药管理局人事教育司

2026 年 2 月 25 日



# 2026 年度中医药继续教育推荐项目 申报指南

国家中医药局立足当前中医药专业技术人员培养需要，按照“自下而上”申报方式遴选一批中医药继续教育推荐项目。为做好推荐项目申报工作，特制定本指南。

## 一、总体要求

（一）根据中医药传承创新发展和中医药专业技术人员培养培训需求，强调先进性、前瞻性，注重紧缺专业、新兴和交叉学科，学习资源向重点领域、特殊区域和关键岗位倾斜。

（二）注重针对性和可行性，根据培训对象的实际需求，合理设计培训内容、授课教师、教学形式、学时安排、考核和评估方式。

（三）注重发挥项目示范引领作用，提升全国范围的辐射力和影响力，加大对外省学员和基层学员的支持力度。

（四）坚持公益性原则，遵守医疗卫生行业学术会议活动管理的相关要求，严禁成为推介产品、输送利益的平台，严禁以中医药继续教育名义组织与培训无关的活动，严禁乱收费或只收费不培训，严禁从事其他有关法律法規明令禁止的行为。

## 二、项目内容

（一）公需科目。包括中医药专业技术人员应当普遍掌握的法律法规、理论政策、职业道德等基本知识，以及中医药专业技术人员应当重点强化的医德医风、医学伦理、医学人文等职业素养教育，基本医疗卫生制度、从业行为规范等政策法规教育，突发公共卫生事件应急处理，健康教育等公共卫生知识与技能教育。

（二）专业科目。应当体现中医药学的特点，遵循传承与创新相结合的原则，包括中医药专业技术人员从事专业工作应当掌握的专业知识、实践技能以及中医药经典理论、名老中医药专家学术经验传承和科技创新前沿知识等，以及其他有助于中医药专业技术人员提升专业知识技能、职业素养的内容。具体包括：

1. 中医经典著作，名老中医药专家的学术思想、特色技术传承与临床（实践）应用研究新进展等。

2. 中医药新兴学科学术内容；国内外中医药研究新进展；运用边缘学科、交叉学科研究中医药的新进展；远程医疗技术新进展等。

3. 国内外中医药先进技术及具有显著社会效益、经济效益或获省部级二等奖以上的中医药新技术、新方法和科研成果的引进应用与推广等。

4. 中医药教育新理论、新方法、新教材、教改新成果等的推广；以中医药院校教育、师承教育等为主体的中医药人才培养模式、标准、评价体系等的研究与运用等。

5. 中医药医疗、教育、科研规范、标准、指南、路径及知识产权保护等。

6. 2026年中医药继续教育推荐项目对中医急诊与重症医学、中医全科、儿科、老年医学、护理、康复、心理健康、中医药信息化与人工智能应用等专业领域予以适当倾斜。

(三) 无主题授课内容的年会、峰会、论坛等，不得作为继续教育项目申报。

### 三、项目申报条件

#### (一) 项目负责人

1. 项目负责人应在所主办项目学科领域具有较高的学术水平和丰富的实践经验，原则上应为申报单位在册人员，近3年曾担任过国家级或省级中医药继续教育项目负责人，且项目执行情况良好。

2. 项目负责人及理论授课教师应具有副高级及以上专业技术职称，其专业应符合授课内容。

3. 项目负责人每年实际承担的项目数不得超过2项，项目内容应为其所从事的主要专业或研究方向，参与项目授课。

#### (二) 项目申报单位

1. 申报单位应为地(市)级以上医疗机构，或教育部登记注册的开设中医药类专业的教育机构，或省级以上中医药科研机构，或省级以上中医药学术团体，或国家中医药管理局高水平重点学

科，或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，或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。

2. 申报单位应建立相应机制，持续加强和改进培训质量。为项目执行提供必需的人力、物力以及经费等方面保障。近3年继续医学教育工作评估检查结果应为合格。

3. 申报（项目牵头）单位属于医疗卫生、教学、科研机构的，该项目师资中本单位授课教师占比应不低于50%。

4. 同一项目只能通过一个单位申报，不得重复申报。多单位联合申报的项目由牵头单位负责申报。

5. 申报单位应对授课教师所提供的教学课件及教学资料进行审核，确保课件符合教学要求，严把意识形态审核，确保课件内容主题突出、结构合理、内容完整、逻辑顺畅、整体风格统一协调、参考资料来源清楚、无侵权行为。

附件 2

# 2026 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 \_\_\_\_\_

国家中医药管理局人事教育司制

2026 年 2 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。

# 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   | <input type="checkbox"/> 地（市）级以上医疗机构<br><input type="checkbox"/> 教育部登记注册的开设中医药类专业的教育机构<br><input type="checkbox"/> 省级以上中医药科研机构<br><input type="checkbox"/> 省级以上中医药学术团体<br><input type="checkbox"/> 国家中医药管理局高水平重点学科<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> 地（市）级以上医疗机构<br><input type="checkbox"/> 教育部登记注册的开设中医药类专业的教育机构<br><input type="checkbox"/> 省级以上中医药科研机构<br><input type="checkbox"/> 省级以上中医药学术团体<br><input type="checkbox"/> 国家中医药管理局高水平重点学科<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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   |       | <input type="checkbox"/> 培训班 <input type="checkbox"/> 研修班 <input type="checkbox"/> 现代远程教育 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |      |
| 培训对象   |       | 所属科别                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                    |      |
|        |       | 培训范围                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 本地区 <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 城市社区 |      |
|        |       | 人员层次                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 初级以下 <input type="checkbox"/> 初级 <input type="checkbox"/> 中级 <input type="checkbox"/> 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<br>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 |  |

| 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 |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
| 主办单位与项目相关工作概况 | 其他支撑条件 |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |
|               |        |      |       |      |

#### 四、审批意见

|                      |                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------|
| 主办单位<br>意见           | <p style="text-align: right;">(盖章)<br/>年 月 日</p> |
| 省级中医<br>药主管部<br>门意见  | <p style="text-align: right;">(盖章)<br/>年 月 日</p> |
| 专家组<br>评审意见          | <p style="text-align: right;">(签字)<br/>年 月 日</p> |
| 国家中医<br>药管理局<br>审批意见 | <p style="text-align: right;">(签字)<br/>年 月 日</p> |
| 备 注                  |                                                  |