

附件 3-1

2019 年国家级继续医学教育项目执行情况总结汇报表

项目编号			
项目名称			
举办地点 (远程项目系教学网站)		举办起止时间	
教学情况	授课题目		授课教师
实际培训 效果分析			

学员 对该 项目 评估 意见	1. 认为本项目讲授主要内容是本学科最新发展、最新成果或亟待解决的问题	是	基本是	否
		人数	占总人数%	
	2. 对本项目基本内容以前了解情况为	全知道	部分知道	不知道
		人数	占总人数%	
	3. 通过本项目学习认为收获	很大	较大	一般
		人数	占总人数%	
	4. 对授课教师讲授内容满意度	很满意	满意	一般
		人数	占总人数%	
	5. 对本项目的教学计划安排感到	很满意	满意	一般
		人数	占总人数%	
	6. 对本项目所用教材的满意度	很满意	满意	一般
		人数	占总人数%	
	7. 通过本项目学习，感到收获最大的是（只许选二项）	开阔思路	提高临床 诊治能力	提高理论 水平
		人数	占总人数%	
提高科研 工作能力		提高操作 能力		
人数		占总人数%		
存在的 问题 与 建 议				

附件 3-2

学员通讯录（模板）

姓名	职称	工作单位（注：请填写单位标准全称）	是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构）	单位所在地	授予学分	联系电话
----	----	-------------------	------------------------	-------	------	------

备注：标题底色显示为灰色的信息类目，请按照限定内容选填。

职称——副高及以上；中级；初级；乡村医生

是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构）——是；否

单位所在地——北京, 天津, 上海, 河北, 山西, 内蒙古, 辽宁, 吉林, 黑龙江, 江苏, 浙江, 安徽, 福建, 江西, 山东, 河南, 湖北, 湖南, 广东, 广西, 海南, 四川, 贵州, 云南, 西藏, 陕西, 甘肃, 青海, 宁夏, 新疆, 重庆

授予学分——0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10 (授予学分不得超过该项目获批学分)

附件 3-3

国家级继续医学教育项目教材使用情况简介表

教材名称			
编写时间			
编写人员或 编写单位			
教材形式	☐ 文字教材 ☐ 音像教材		
教材字数		讲授时间（学时）	
教材目录或 内容概述			

说明：附件 3-1~3 均为申办单位通过国家 CME 提交的项目执行反馈资料，项目活动日程表及考试试题无模板要求。

附件 4

国家级继续医学教育项目异地举办备案表（湖北省制）

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	
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	
项目异地举办合作单位					
异地举办起止日期	年 月 日— 年 月 日			举办期限	天
异地举办地点		拟招人数		拟授学分	
招收对象					
项目申报单位意见	盖章 年 月 日				
项目异地举办合作单位意见	盖章 年 月 日				
举办地省市继续医学教育委员会意见	盖章 年 月 日				
备 注					

说明：1. 本表由国家级项目获批单位负责填写，项目异地举办合作单位须盖章同意。
2. 请在项目举办 2 周前，将此备案表和全国继续医学教育委员会公布的项目文件复印件、项目拟定通知、日程安排等相关材料，报湖北省继续医学教育委员会办公室备案；会后 2 周内，将会议签到表及总结进行反馈。
3. 本省获批项目在外省举办的，项目执行情况反馈后，可按照上报名单至湖北省继续医学教育委员会办公室免费领取外省市参会学员纸质学分证书进行发放。

附件 5

国家级继续医学教育项目执行情况督查表

（由继教管理部门填写）

填写单位（盖章）：

填写时间： 年 月 日

内 容		备 注
项目编号		
项目名称		
实际举办名称是否变动	是 ☐ 否 ☐	是否关联其他教学活动
申办单位		
实际举办单位		
项目举办地点		
现场参会人数		请附现场全景照片
项目负责人		
实际负责人是否变动	是 ☐ 否 ☐	是否参与授课
实际授课内容与公布项目的授课内容是否一致	是 ☐ 否 ☐	
实际授课教师与公布项目的授课教师是否符合	符合 ☐ 基本符合 ☐ 不完全符合 ☐ 不符合 ☐ （100%） （80%以上） （80%-60%） （60%以下）	
规定举办期限	（天）	
实际举办期限	（天）	
规定授予学分		
实际授予学分		
是否考核	是 ☐ _____ 否 ☐	考核形式
是否与其他项目套开	是 ☐ _____ 否 ☐	省级/市级/单位自管
是否按要求到申办地市州继教管理部门报备	是 ☐ 否 ☐	
调查人姓名及电话		
基本评价		

项目负责人签字：_____

附件 6

2019 年湖北省国家级继教项目执行情况汇总表

(由继教管理部门填写)

[illegible]

附件 7

2019 年湖北省继续医学教育项目学员信息登记表

(由申办单位填写)

项目 基础 信息	项目名称						项目编号			
	申办单位									
	举办起止时间						举办地点			
姓名	性别	职称	身份证号	工作单位 (单位标准全称)	学员所在科室 (所属学业名称)	是否来自基层 (县及以下、 社区等医疗卫生机构)	是否为乡村 医生	单位所在 地	授予 学分	联系电话
.....										
可自行 添加										

备注：1. 标题底色显示为灰色的信息类目，请按照限定内容选填。
性别——男；女 职称——无；初级士；初级师；中级；副高；正高
是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构）——是；否 是否为乡村医生——是；否
单位所在地——省直；武汉；黄石；十堰；宜昌；襄阳；鄂州；荆门；孝感；荆州；黄冈；随州；咸宁；恩施；天门；潜江；仙桃；神农架；省外
授予学分——0；1；2；3；4；5；6；7；8；9；10（授予学分不得超过该项目获批学分；国家级项目最多不超过 6 分）
2. 本表主要用于湖北省省级继教管理平台学员信息登记时使用。各申办单位举办国家级项目时，上报国家 CME 系统的学员信息，仍需按照国家 CME 系统限定模板进行填报。