

附件 2

省级继续医学教育项目执行情况督查表

(由继教管理部门现场抽查人员填写)

填写单位 (盖章): 填写时间: 年 月 日

内 容		备 注
公布项目编号		
公布项目名称		
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		附现场全景照片 1-2 张
项目负责人		
实际负责人是否变动	是 ☐ 否 ☐	是否参与授课, 附现场照片
实际授课内容与项目举办前申请提交的授课信息是否一致	是 ☐ 否 ☐	
实际授课教师与项目举办前申请提交的信息是否符合	符合 ☐ (100%) 基本符合 ☐ (80%以上) 不完全符合 ☐ (80%-60%) 不符合 ☐ (60%以下)	
公布举办期限	(天)	
实际举办期限	(天)	
公布拟授予学分		
实际授予学分		
是否考核	是 ☐ 否 ☐	注明考核形式
是否与其他项目套办	是 ☐ 否 ☐	
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		请抽查人员手签
基本评价 (项目举办整体情况, 教学活动是否达到预期目标、学分授予是否规范)		

项目负责人签字: _____