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□ 基本符合□ 不完全符合□ 不符合□  （100%） （80%以上） （80%-60%） （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：** |  |  |  | |  |