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：** | 　 | 　 |  |  |