

## 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   |               |
| 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 <input type="checkbox"/> 基本符合 <input type="checkbox"/> 不完全符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/><br>(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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   | 注明考核形式        |
| 是否与其他项目套办                                 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   |               |
| 是否按要求到申办地市州继教管理部门报备                       | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>   |               |
| 调查人姓名及电话                                  |   | 请抽查人员手签       |
| 基本评价<br>(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: \_\_\_\_\_