附件 3

2024 年湖北省省级继续医学教育项目执行情况汇总表

填报单位（盖章）

项目编号	项目名称	申报单位	项目负责人	实际举办时间	项目批复学分	项目预审学分	督查实授学分	督查级别（省级/市级/院级）	拟招生人数	实际参会人数	举办形式（面授、线上、面授与线上相结合）	实际举办地点	会议收取费用	举办期数	备注（如项目未执行须备注原因）
市州/医院　获批*项，截止 12.31，执行***项，***期（根据公布项目信息补充统计数字）															
举例：2024-01-04-037	妇科肿瘤疾病规范化诊断及最新研究进展学习班	武汉大学人民医院	袁静萍	2024-06-11 至 2024-06-12	3	3	3	省级	300	250	面授	武汉	免费	1	
可自行加页															

说明：1. 各申办单位填写后，由市州继教办及部省属、省直属医疗卫生单位统一上报；
2. 统计数字在首行“**市州/医院 获批***项，截止 12.31，执行***项，***期”处更新。
3. 汇总表填写内容，请参考范例；各地区请按照单位级别统一排序，各单位填写项目请按照举办时间升序排列，未执行项目请在备注栏注明原因。