**继续医学教育项目执行情况调查表**

填写单位（盖章） 时间 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **内 容** | | | | | | | **备 注** |
| 项目编号 |  | | | | | |  |
| 项目名称 |  | | | | | |  |
| 项目负责人 |  | | | | | |  |
| 实际举办名称  是否变动 | 是□ 否□ | | 实际举办负责人  是否变动 | | 是□ 否□ | |  |
| 实际授课内容  与公布的授课  内容是否一致 | 是□ 否□ | | 是否按要求到省级继续医学教育管理部门备案 | | 是□ 否□ | |  |
| 实际参加授课  教师与公布的  教师是否符合 | 符合□（100%） | 基本符合□  （80%以上） | | 不完全符合□  （80%～60%） | | 不符合□  （60%以下） |  |
| 规定举办期限 |  | | 实际举办期限 | |  | |  |
| 规定授予学分 |  | | 实际授予学分 | |  | |  |
| 是否考核 | 是 □ 否 □ | | | | | |  |

**基本评价：**