**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：**