

附件 4

湖南省继续医学教育项目执行情况自评表

项目名称			
项目编号			
申报单位		项目负责人	
培训地点		培训起止时间	
授分人数		学员满意率	_____ 人，占_____ %
学员来源	国家级项目：共_____个省份学员，外省学员_____人，占总人数_____%		
	省级项目：共_____个市州学员，外单位学员_____人，占总人数_____%		
1. 项目申报单位是否为主办单位		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 项目负责人是否与申报书一致且参与授课		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 主要授课内容是否与申报书一致（变动范围在申报要求内）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4. 主要师资是否与申报书一致（变动范围在申报要求内）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5. 考勤、授分是否严格，学员都为现场参培人员		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6. 中央八项规定和省委九项规定精神是否贯彻落实		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7. 经费管理是否落实国家和地方有关经费管理要求，且由申报单位负责收支		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8 综合评定意见（上述 7 项有 1 项为否即为不合格）		<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
项目负责人签字： 年 月 日		继教管理部门签字： (单位盖章) 年 月 日	