

## 附件 3

## 湖南省继续医学教育项目实施登记表

项目名称			
申办单位		项目编号	
项目负责人		收费（元/人）	
培训起止时间		培训地点	
授课内容是否与申报书一致	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 变动比例_____ %	师资是否与申报书一致	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 变动比例_____ %
变动情况说明	（变动原因，新换授课教师姓名、单位、职称等情况，可另附纸说明）  变动后本单位师资占比_____ %。（本单位师资占比仍须符合申办要求）		
项目实施要求：项目申办单位对开展的继教项目负主体责任，要按照“谁申报、谁举办、谁负责”原则，加强项目监管，规范过程管理，严禁乱授学分等违规行为；加强经费管理，严格落实国家和地方有关经费管理要求，坚持公益性原则。	以上要求已知悉，并严格执行。  项目负责人签字：		以上要求已知悉，并严格执行。  继教管理部门签字：
	年    月    日		（单位盖章）  年    月    日
省继教办意见			

附件：盖单位公章的会议通知及日程