附件1

**继续医学教育项目执行情况调查表**

（适用于各省份及国家卫生计生委直属联系单位）

填报单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年 度** | **国家级继续医学教育项目** | | | | | | | **省（或会）级**  **继续医学教育项目** | | | **2018年将推行国家级继续医学教育项目电子学分证书，你单位是否**  **愿意作为试点单位** |
| 获准数（新申报+备案） | 执行项目数 | 抽查项目数 | 培训人次数 | | | | 批准  项目数 | 执行项目数 | 培训总人次数 |
| 中级及以上  职称 | 初级  职称 | 乡村医生 | 培训总人次数 |
| **2017年** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 是（ ）  否（ ） |