附件3

衢州市继续医学教育项目

执 行 书

项目编号：

项目名称：

项目负责人：

项目主办单位：

项目承办单位:

上报时间：

衢州市继续医学教育委员会 制

一、项目办班情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目信息 | 项目名称 |  | 项目学科 |  |
| 授予学分数 |  | 获得学分人数 |  |
| 办班情况 | 项目举办形式 | □面授培训□网络培训□其他  | 计划招生人数 |  |
| 实际招生人数 |  |
| 举办时间（列出具体办班起止时间） |  | 举办地点 |  |
| 教学对象 |  | 教学教材 | □文字材料□音像材料 |
| 培训内容（简要介绍项目培训内容） |  |
| 授课老师信息 | 姓名 | 工作单位 | 专业技术职务 | 授课方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

二、培训质量控制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 培训过程管理 | 学员考勤方式 | □纸质签到□网络签到□其他  | 考勤抽查次数 |  |
| 其中随机抽查次数 |  |
| 授课老师评价 | □学员反馈 □课件质量 □授课方式 □其他  |
| 学员反馈方式 | □纸质问卷调查 □网络问卷调查 □现场口头反馈 |
| 培训效果评价 |  |

三、经费收支管理

|  |
| --- |
| 项目经费收入情况(元) |
| 培训费收费标准（元/人） |  |
| 医院配套经费 |  |
| 其他经费 |  |
| 总收入 |  |
| 项目经费支出情况(元) |
| 经费开支项目 | 开支金额 |
| 专家讲课费 | 1.中级技术职称人员 人，金额 元；2.副高级技术职称人员 人，金额 元；3.正高级技术职称人员 人，金额 元；4.院士、全国知名专家 人，金额 元；总额共计 元。 |
| 场地租赁费 |  |
| 设备租赁费 |  |
| 材料印刷费 |  |
| 工作人员劳务费 |  |
| 其它费用 |  |
| 支出总额 |  |

注：1.其他经费需注明来源

2.所有支出费用须有章可循且符合财务审计相关要求

四、项目执行承诺

|  |
| --- |
| 本人郑重承诺，严格按照省市继续医学教育管理相关规定执行本项目，严格管理，规范举办，保证质量。1.保证按照项目公布和内容认真履行所有条款。2.落实意识形态工作责任制，加强审查审核，不出现反党反社会等错误言论。3.遵守学术诚信管理要求，尊重专家知识产权，不造假、不剽窃。4.遵守廉政规定，坚决抵制商业贿赂，未接受企业和相关利益方的培训赞助、旅游考察、娱乐活动和收受其它各种名义的财物。以上本人郑重承诺并已认真履行，如有违反愿承担相关责任。   项目负责人签名：  年 月 日 |

五、单位意见

|  |  |
| --- | --- |
| 项目主办单位意见：负责人签字：单位盖章：年 月 日 | 项目承办单位意见：负责人签字：单位盖章：年 月 日 |