**表12 地方病健康教育项目督导表**

 市（州） 县(市、区)

|  |
| --- |
| 中央补助经费应到位 万元，实际到位经费 万元，到位时间 年 月 日 |
| 市级配套经费 万元，到位时间 年 月 日 |
| 县级配套经费 万元，到位时间 年 月 日 |
| 乡、村配套经费 万元，到位时间 年 月 日 |
| 经费使用情况 | 材料制作： 活动工作： |
| 人员培训： |
| 项目督导： |
| 其他： |
| 进展及完成情况 | 市级召开启动会月份： |
| 市级项目培训人次: |
| 市级项目负责人: 姓名 性别 年龄 学历 职称 联系电话 E-mail  |
| 县级召开启动会月份: |
| 县级培训人次: |
| 县级项目负责人: 姓名 性别 年龄 学历 职称 联系电话 E-mail  |
| 县级是否开展基线调查: |
| 县级完成基线调查月份: |
| 县级督导检查次数: |
| 县级督导检查人次: |

填表人： 填表时间： 年 月 日