附件2. 基础医学院“名师工作室”负责人报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **基础医学院“名师工作室”负责人报名表** | | | |
| **姓名** |  | **出生年月** |  |
| **性别** |  | **最高学历** |  |
| **授课专业** |  | **职称** |  |
| **本科任教年限** |  | **教授聘任时间** |  |
| **拟申报名师工作室青年骨干人员姓名** |  |  |  |
| **担任基层教学组织或者**  **教学团队带头人情况** |  | | |
| **出版教材和专著情况（特别是主编或副主编高水平教材情况）** |  | | |
| **获省级及以上课程立项情况（第几位）** |  | | |
| **主持省级及以上教学研究项目情况** |  | | |
| **获省级及以上教学成果奖或荣誉称号情况**  **（第几位）** |  | | |
| **教学学术组织任职情况** |  | | |
| **工作室成立后的工作目标与计划** |  | | |