**成都中医药大学进修教师/访问学者申请表**

（申请类型：进修教师□ 访问学者□）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | 一寸照片（贴照片） |
| **学 历** |  | **职 称** |  | **参加工作时间** |  |
| **所从事****专业** |  | **身份证号** |  |
| **送培学校** |  | **送培院系** |  |
| **申请院系** |  | **申请导师** |  |
| **进修时间** |  | **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  | **通讯地址** |  |
| **学习****工作****简历** | **起止年月** | **学习、工作单位（任何职）** |
|  |  |
| 从事过哪些教学工作（包括授课名称、学时、对象，指导学生论文、实验，编写教材等） |
|  |
| 科研工作及其成果（包括承担的课题研究项目、发表的主要论文和出版专著的题目和书名、发表和出版时间、刊物和出版社，成果获奖和应用情况等） |
|   |
| 进修计划（包括拟达到的进修目标及预期成果、研修内容及具体实施步骤） |
|   |
| 申请人所在学院/系推荐意见（注明是否脱产进修）学院/系公章 | 分管院长/系主任签名 |
|  |
| 年 月 日 |
| 送培学校师资管理部门推荐意见（注明是否脱产进修）部门公章 | 部门负责人签名 |
|  |
| 年 月 日 |
| 成都中医药大学接收学院意见（是否同意接收）部门公章 | 部门负责人签名 |
|  |
|  年 月 日 |
| 成都中医药大学录取意见部门公章年 月 日 |

注：本表一式二份，双面打印，经所在学院、学校签署意见后邮寄至教师发展中心，联系电话：028-61800217，地址：四川省成都市温江区柳台大道1166号。