

附件 1:

湖北医药学院临床教学人员岗前培训参训审批表

姓名		性别		专业		(照片) (纸质电子都可以)
所在科室						
身份证号码						
卫生系列职称						
最高学历、学位						
普通话等级						
所属附院	湖北医药学院附属_____医院					
个人承诺	<p>本人符合申报条件，申请报名参加湖北医药学院组织的湖北省高校教师岗前培训。</p> <p>本人承诺：</p> <p>①所提交的所有申报资料(包括学历学位、职称、课表、普通话等证明材料)均为真实。如提供虚假的申报资料，本人自愿并承担一切后果责任。</p> <p>②严格遵守培训纪律、课堂纪律，保证出勤率，按照要求完成集中学习和个人研修。如若未达到规定考勤要求，自愿接受培训点处理，取消考试资格。</p> <p>承诺人签字：_____年 月 日</p>					
所在科室意见	<p>为促进人才队伍建设，提升临床教师业务素质，科室同意推荐该同志报名参加培训。培训期间，科室统筹安排调休，保证该同志的出勤率，确保培训效果。</p> <p>科室主任签字：_____年 月 日</p>					

<p>教学情况审核 (至少两学期。超出表内要求的学期无效)</p>	<p>2024-2025 学年第一学期</p> <p>课程名称:</p> <p>学时数: _____ 学时</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>2024-2025 学年第二学期</p> <p>课程名称:</p> <p>学时数: _____ 学时</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>2025-2026 学年第一学期</p> <p>课程名称:</p> <p>学时数: _____ 学时</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>2025-2026 学年第二学期</p> <p>课程名称:</p> <p>学时数: _____ 学时</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>所属学院教学办主任审核意见:</p> <p>教学办主任签名: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>所属学院意见</p>	<p>从教学实际出发,学院同意将该同志列为临床师资队伍储备力量,推荐报名参加培训。学院将主动督促学员按要求参加培训,并将学员出勤率纳入年终绩效考核。</p> <p>签字(盖章): _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>报名审核所需材料及要求</p>	<p>1、身份证原件及复印件;</p> <p>2、卫生系列职称证书原件及复印件;</p> <p>3、最高学历/学位证书原件及复印件;</p> <p>4、普通话二乙以上等级证书原件及复印件;</p> <p>5、所讲授课程在教务系统中的截图。</p> <p>上述所有证件的原件,学院初审后退还给本人,复印件签署审核人姓名、加盖学院公章。所有复印件使用 A4 规格纸张,按上述顺序装订,由学员现场确认时交人事处。</p>