培养方案专家论证意见采纳情况

报告书

所在院（系）： （盖章）

专业名称：

专业负责人：

修订人员：

审核人员：

滨州医学院教务处 制

|  |
| --- |
| **一、培养方案论证专家意见汇总** |
|  |
| **二、专家意见采纳情况** |
| 1.已采纳的意见  2.未采纳的意见及未采纳的原因 |