附件2

滨州医学院

创新创业课程建设立项申请书

课程名称：

负 责 人：

所在单位：

联系电话：

申报日期：

课程类型： □通识类 □思创融合类

□专创融合类 □实践类

滨州医学院教务处

二〇二一年五月

一、负责人信息

|  |
| --- |
| **负责人简介** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 电话 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 邮箱 |  |
| 教学或研究专长 |  |
| 行业企业经历 |  |
| （学习、教学和科研等工作经历；在创新创业教育活动方面的经历和取得的成绩；其他） |
| **团队成员** |
| 姓名 | 单位或部门 | 性别 | 年龄 | 职称 | 分工 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

二、课程基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 课程中文名称 |  |
| 课程英文名称 |  |
| 学时/学分 |  | 课程容量（人） |  |
| 适合学生专业 |  | 适合学生年级 |  |
| 计划开课时间 |  | 课程建设类别 |  |

三、课程建设现有条件

|  |
| --- |
| 开设课程的必要性、可行性，目前已有的课程基础、特色与优势（可加附页） |

四、课程建设内容

|  |  |
| --- | --- |
| 1、课程定位与教学目标 |  |
| 2、课程教学内容介绍 |  |
| 3、与创新创业融合情况 |  |
| 4、课程教学方式方法 |  |
| 5、课程考核方式方法 |  |
| 6、课程团队任务与分工 |  |

五、课程建设预期成果

|  |
| --- |
| 课程建设的预期成果 |

六、经费预算（经费需求及使用计划）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 支出项目 | 金额（元） | 计算依据 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
|  | 总计 |  |  |

七、课程负责人签字： ， 年 月 日

八、审批意见

|  |
| --- |
| 开课单位审批意见： 开课单位负责人签字： 单位公章 年 月 日 |
| 学校评审专家意见：专家组组长签字：年 月 日 |