**附件二**

**中国医学教育慕课联盟慕课规划课程主讲教师、授课教师申请表**

拟申报课程名称： 申报类型：□主讲教师 □授课教师

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 教龄 |  |
| 学校 |  | | | | | | 职 称 | |  | 职务 |  |
| 地址 |  | | | | | | | | 邮　　编 |  | |
| 办公电话 | |  | | | | 住宅电话 | |  | | 传真 |  |
| 手 机 | |  | | | | e-mail | |  | | | |
| 主要经历及成就： | | | | | | | | | | | |
| 从事本专业及本课程教学情况： | | | | | | | | | | | |
| 课程授课设想（必填）： | | | | | | | | | | | |
| 曾承担课程建设项目或编写著作（注明承担工作或著作主编、副主编、编者等） | | | | | | | | | | | |
| 您准备申请 | | | □主编；□副主编；□编者 | | | | | | | | |
| 推荐主讲教师姓名、单位及理由 | | |  | | | | | | | | |
| 单位推荐意见  签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

年 月 日

注：此推荐表一式两份，如内容较多,可附另页。