附件2

滨州医学院创新创业精品微课推荐汇总表

学院（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 微课名称 | 微课类型 | 联系电话（手机） | 电子邮箱 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：微课类型请填写“通识课”或“专创融合课”。