附件2

长沙医药健康职业学院“双师型”教师认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | |
| 参加工作时间 | |  | | 职称 |  | 获得时间 |  | | |
| 教师资格证号 | |  | | 专业 |  | 现从事  专业及方向 |  | | |
| 承担的  主要课程 | |  | | | | | | |
| 主要学习  工作简历（大学毕业、参加工作开始） | 起止时间 | | 在何单位学习、工作/任何职务 | | | | | 证明人 | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 符合条件  及证明材料 | 对照学校“双师型”教师认定条件及认定量化细则等文件，本人符合文件（ ）“双师型”教师中教学能力 ，教科研能力 ，实践能力 等认定条件，现提交有关证明材料（附后）。  特此申请，请学校给予认定。  申请人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在部门  意见 | 负责人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 学校意见 | 经学校双师型教师认定委员会审定，同意认定该教师具备“双师型”资格。  组织人事处负责人（签字、盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：本表一式三份，作为学校双师型教师认定的依据，由组织人事处保管、存档一份，个人与所在部门各一份。