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。