锦州医科大学专业技术人员进修培训申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 最高学历 |  | 最高学位 | |  |
| 毕业学校、所学专业及毕业时间 |  | | | |
| 现从事专业 |  | | 已聘任职称 | |  |
| 拟进修学校 |  | | 拟进修专业 | |  |
| 拟进修时间 |  | | 联系方式（手机） | |  |
| E-mail |  | | | | |
| 近三年从事过哪些教学工作 | （包括授课名称、学时、对象，指导学生论文、实验，编写教材等） | | | | |
| 近三年科研工作及其成果 | （包括承担的课题研究项目、发表的主要论文和出版专著的题目和书名、发表和出版时间、刊物和出版社，成果获奖和应用情况等） | | | | |
| 研修的计划 | （包括拟达到的研修目标及预期成果、研修内容及具体实施步骤） | | | | |
| 经费预算 | （包括培训费、住宿费、往返路费等） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人所在教研室推荐意见（包括：该申请人是否为青年骨干教师和教研室重点培养对象；培训目的和预期效果；教研室是否同意派出等） | 教研室主任签名 |
|  |
| 年 月 日 |
| 单位推荐意见(包括：是否已将该申请人作为学术骨干的重点培养对象；进修培训目的和预期效果；是否同意派出；进修培训结束后的工作安排等)    部门公章 | 负责人签名 |
|  |
| 年 月 日 |
| 学校审核意见：    盖章 | 负责人签名 |
|  |
| 年 月 日 |