**滨州医学院ISW教学技能工作坊认证培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本  信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 单位 |  | 学科  专业 |  | 职务  职级 |  |
| 教学  情况 | （主要包括近5年授课情况，近5年教学评价结果。填表时此段可删除） | | | | | |
| 教学  业绩 | （主要包括近5年教学研究成果，教学竞赛和参与校内外师资培训事宜。填表时此段可删除） | | | | | |
| 其他  说明 | （主要包括个人特色，对于教学培训工作的认识，是否有保质保量完成校内外培训任务的能力等。填表时此段可删除） | | | | | |
| 本人  签字 |  | | 学院审核 |  | | |