附件：附属医院专职科研人员申请中山医学院基础课程授课师资推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  |
| 教育经历（本科阶段起）（含在医院参加的教学活动） |  |
| 工作经历 |  |
| 申请参与授课的课程意向（1-2门） | （可选课程：人体解剖学、组织与胚胎学、细胞生物学、生化与分子生物学、医学免疫学、医学微生物学、生理学、病理生理学、药理学、医学遗传学、人体寄生虫学） |
| 申请理由 |  |
| 所在医院教学管理部门意见 |  盖章 |