**附属医院卫生专业技术人员**

**参与中山医学院基础医学本科教学申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 |  | 所 在  医 院 | |  | 近 照 |
| 所在  部门 |  | 学校  工号  （如有） |  | 医院  工号 |  | 职 务  职 称 | |  |
| 学 历  学 位 |  | 联 系  电 话 |  | 联 系  邮 箱 |  | | | |
| 学科  领域 |  | | 是否通过医学教育处培训/  是否具有教师资格证 | | | |  | |
| 任  课  经  历 | （曾参与课堂教学、临床见实习带教等情况，注明任课时间、面向学生年级专业等） | | | | | | | | |
| 申  请  课  程 |  | | | | | | | | |
| 申  请  理  由 | （简要描述个人简历、申请原因、沟通情况等）  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医  院  意  见 | （申请人是否存在师德师风问题、个人信息是否准确等，是否同意其参与学院教学） | | | | | | | | |
| 主管院领导签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | |
| 中  山  医  学  院  意  见 | （拟安排申请人在任课前参与的教学活动、拟任课课程、上课学期等）  教研室主任签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 分管教学副院长签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |

填表说明

一、申请人与相应教研室事先沟通并达成初步意向后，填写本表。

二、申请人须通过医学教育处组织的专项培训，并在上课前能够取得教师资格证。

三、连续任课的最低学年数、每学年的最低任课学时数以医学教育处要求为准，各教研室/课程组可在学校最低标准基础上结合课程情况提出细化要求。

四、申请人应按照课程对应教研室/课程组的具体安排，完成听课、试讲，参与集体备课、教学会议、命题改卷等教研室教学活动并接受考勤。

五、各教研室可在上述要求基础上，结合课程实际情况提出其他任课要求。