

吉林医药学院试讲申请表

单 位：_____

教研室：_____

试 讲 教 师		职 称	
学 历 学 位		所 学 专 业	
师 资 证 书	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	试 讲 次 数	本次为第__次试讲
拟 申 请 试 讲 时 间		拟 申 请 试 讲 地 点	
试 讲 原 因	<input type="checkbox"/> 1. 新教师首次讲课 <input type="checkbox"/> 2. 试讲暂缓通过者 <input type="checkbox"/> 3. 课堂教学质量测评为“不合格”者 <input type="checkbox"/> 4. 其他：		
试讲课程名称：			
使用教材名称及出版社：			
试讲内容（章、节）：			
教研室意见：			
			签字 _____ 年 月 日
院(系)意见：			
			签字 _____ 年 月 日
教学督导与评价处意见：			
			签字 _____ 年 月 日