广西医科大学教师教学能力培养登记表

**二级学院： 教研室： 姓 名：**

**本校入职时间： 年 月 日 现职称获得时间： 年 月 日**

**所属类别： □教师系列（A类） □辅导员系列（B类 ） □医生系列（C类）**

**□护士系列（D类） □其他系列（E类）**

**拟报职称** ：**□正高级别 □副高级别 □中级**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **培训时间** | **活 动 名 称** | **主办单位/级别** | **学分** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **学分合计** |  | |  |
| **其他材料** | **①教学技能培训合格证明**（晋升讲师提供） | |  |
| **②广西医科大学听课记录表**（晋升讲师及主治医师提供） | |  |
| **③授课考核合格证明（**晋升讲师提供） | |  |
| **④微格授课合格证明**（晋升副教授及副主任医师提供） | |  |
| **⑤课堂教学效果评价表**（晋升教授及主任医师提供） | |  |
| **⑥临床操作技能考核合格证明**（医生、护士提供） | |  |
| **⑦未在岗半年及以上证明材料**（当年有效） | |  |
| 二**级学院意见** | **领导签字（盖章）：**  **年 月 日** | | |
| **学校核定意见：**（教评中心填写）  **领导签字（盖章）**  **年 月 日** | | | |

**（注：本表格按照《广西医科大学教师教学能力培养考核办法》制定，请申报职称的教师在教师培养管理系统上填写并提供相应支撑材料如：学校公文，经二级学院初审和教评中心审核后由系统导出，二级学院领导签字盖章后提交学校教评中心审核盖章后方有效。各类人员按要求提供支撑材料，以便审核，未提供支撑材料视为无效项。）**