附件3

**云南医药健康职业学院外聘教师审批表**

院（部）（盖章）： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | |  | | | （照片） |
| 所属单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | | 所学专业 | | |  | | | |
| 学 历 | |  | | | | 职 称 | | |  | | | |
| 职 务 | |  | | | | 专业方向 | | |  | | | |
| 身份证件号 | |  | | | | 联系电话 | | |  | | 电子邮件 | |  |
| 主要  经历 | | 起止时间 | 单位名称 | | | | | | 工作内容 | | | | 职务 |
|  |  | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | |  |
| 主要科研  成果 | |  | | | | | | | | | | | |
| 荣获的学术  称号或荣誉  称号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所授课程 | | | | 周学时数 | | | 所属教研室 | | | | | 聘任期限 | |
|  | | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | |  | | | | |  | |
| 院（部）意见：  签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 教务处审核意见：  签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 人事处审核意见：  签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 分管校领导意见：  签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | 1.本页内容均为必填，没有的内容可填为斜线（示例：/）；2.各类证件均须审验原件，并复印存档；3.主要科研成果需复印封面、扉页、目录页、论文第一页。 | | | | | | | | | | | | |