附件4：

**首都医科大学新教师岗位能力培训结业审核表**

学院/部处（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历/学位 |  | 毕业学校 |  |
| 毕业时间 |  | 任现职时间 |  | 职称 |  |
| 新入职培训时间 | 年 月至 年 月 |
| 指导教师姓名 |  | 指导教师职称/职务 |  |
| 本人鉴定： 申请人签名：  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 教学试讲成绩：签字：年 月 日专业外语成绩：签字： 年 月 日 |
| 指导教师意见：指导教师签名： 年 月 日 |
| 学科负责人意见： 学科负责人签名： 年 月 日 |
| 学院/部处审核意见： 部门负责人签字（公章）： 年 月 日 |
| 教育教学委员会审核意见：教务处代章：年 月 日  |