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 | |