附件1

济宁医学院

“双师型”教师培养培训基地建设考核表

**学院：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **基地**  **名称** |  | | | |
| **基地负责人** | 姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **基地培训专业** | 专业大类 | 专业类 | 专业名称 | 专业代码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **基地基本情况** | 简述基地地位、生产规模、主要产品、职工队伍等概况，及可提供教师培训/实践的条件能力（设备设施、课程资源建设、考核认证等） | | | |
| **近两年承担教师培养培训项目** | 简述开展相关专业的培训项目、培训规模等 | | | |
| **“双师型”专家培训团队建设情况** | 包含团队师资情况：校内外专家，具体到专家数量、人员构成学历学位、专业技术职务等 | | | |
| **“双师型”教师培养培训基地建设成果** | （合作项目、取得奖项或证书情况） | | | |
| **二级学院审核意见** | 负责人（签章）：  日期： 年 月 日 | | | |
| **学校审核意见** | 负责人（签章）：  日期： 年 月 日 | | | |