附件1

**山东大学齐鲁医学院教师培训项目组组长申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸照片电子版 |
| 职称 |  | 职务 |  | 政治面貌 |  |
| 手机 |  | 微信号 |  |
| e-mail |  | 所在单位 |  |
| 专业 |  | 申请项目组别 |  |
| 学习工作经历 |  |
| 指导或参加教师培训的经历 |  |
| 可承担的教师培训项目（简要概括） |  |
| 申请人签字： 年 月 日 | 所在单位意见（盖章） 年 月 日  |