附件2

**成都中医药大学附属医院针灸学校（四川省针灸学校）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 参加工作时间 |  |
| 从事中职学校/ 高校教育教学工作年限 |  | 校内专任教师/校外兼职教师 |  | 从事专业 |  |
| 学 历 |  | 中职学校/高校 教师系列专业 技术职务 |  | 职业资格证书 |  |
| 学 位 |  | 非中职学校/高校教师系列专业 技术职务 |  | 注册执业资格 |  |
| 本专业临床/ 企业工作经历 |  |
| 申请认定理由 | 对照针灸学校“双师型”教师认定条件详细填写： |
| 教务科研工作部意见 |   负责人签字（盖章）：  年 月 日 |
| 组织人事部审核意见 |   负责人签字（盖章）：  年 月 日 |

**“双师型”教师认定申请表**

组织人事部制表