附件2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全国医学教师教学发展培训活动学院参训人员汇总表 | | | | | |
| 所在学院：（盖章） | |  | 学院负责人签字： | 日期： 年 月 日 | |
| **序号** | **姓名** | **校园卡号** | **教研室名称** | **报名研修班** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 填表人签字： |  |

备注：研修班名称规范填写临床教师教学发展研修班、医学教育管理者创新实践研修班、医学教师教学理念与能力提升研修班、高质量医学模拟教学师资培训班。