附件1

山东大学临床医学院

本科教育教学改革与研究立项项目申请书

项目名称：

项目主持人：

申请单位：

联系电话：

电子邮箱：

申请日期：

山东大学临床医学院

二〇一八年十一月制

填写说明

一、申报书须逐项认真填写，填写内容必须实事求是，表达明确严谨，空缺项需填“无”。

二、项目负责人应满足以下条件：

（一）为项目所在单位在职教师或本科教育教学管理人员。

（二）具有副高级以上专业技术职称；具有硕士学位或中级专业技术职称者需两名具有高级专业技术职称的同行专家书面推荐。

（三）必须实际组织课题实施，具备管理项目经费的能力。

（四）每周期只能申报一项。

三、项目组成员应为正式在职人员，鼓励跨单位联合申报。

四、表格中“专业名称”填写项目涉及的主要专业，“专业代码”参照《普通高等学校本科专业目录（2012年）》填写。

五、表格中“近三年参加的教育教学研究项目”的“级别”一栏可填写国家级、省部级、地市级、校级、院级等。

六、表格中的字体为五号宋体，内容较多时可适当增加行数、添加附页，但应保持排版整齐美观，不能增减改动表格内项目。第一次出现外文名词时，要写清全称和缩写，再次出现同一词时可以使用缩写。需签字部分由相关人员以黑色签字笔签名。全表用A4纸打印，于左侧装订成册。

七、未尽之处，由山东大学临床医学院负责解释。

一、简表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目主持人简况 | 项目名称 |  |
| 项目类别 | □医教协同类□三全育人类□岗位胜任力类□课程思政类□教学方法类□考试方法类□教育评价类□同质化管理类□其他类 |
| 研究时间 |  年 月至 年 月 |
| 专业名称 |  | 专业代码 |  |
| 专业技术职务/行政职务 | / | 最终学位/授予国家 | / |
| 所在单位 |  | 工号 |  |
| 从事教学或管理工作时间 | 年月至年月 | 近3年平均每年面向本专科生实际课堂教学时间 | 学时 |
| 近三年主要教学工作简历 | 时间 | 课程名称 | 授课对象 | 学时 | 所在院系 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近三年参加的主要教学研究项目 | 时间 | 项目名称 | 立项级别 | 本人位次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 近三年发表的主要教学研究论文 | 时间 | 论文题目 | 刊物名称 | 本人位次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参加制作在线课程情况 | 时间 | 课程名称、所在平台 | 完成课程人数 | 本人位次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参加教学培训情况 | 时间 | 培训内容 | 举办单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 教学奖励获得情况 | 时间 | 奖项名称、等级 | 授予单位 | 本人位次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 项目主要成员（不含主持人） | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 职称 | 职务 | 所在单位 | 承担任务 | 签章 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

二、背景和意义

|  |
| --- |
| 研究意义，国内外研究现状分析，附主要参考文献及出处 |
|  |

三、研究内容、方案和进程

|  |
| --- |
| （一）研究目标、内容、拟解决的关键问题 |
| （二）改革方案设计和解决问题的方法 |
| （三）创新点和预期效果、具体成果 |
| （四）实施范围和推广应用价值 |
| （五）项目具体安排及进度 |

四、条件和保障

|  |
| --- |
| （一）项目组成员已进行过的相关研究及主要成果 |
| （二）已具备的基础条件（本项目研究范围内的学生和教师数量、现有教学设备条件、其他保障条件等） |

五、同行专家推荐意见（两名。主持人为副高级专业技术职称的项目无需填写）：

|  |
| --- |
|  专家签名：  年 月 日专家签名：  年 月 日 |

六、经费预算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支出科目 | 金额（元） | 预算根据及理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

七、各单位推荐意见

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　 分管负责人签字： 单位(盖章)： 年 月 日 |

八、临床医学院专家评审意见

|  |
| --- |
| 专家签字：年 月 日 |

九、临床医学院党政联席会审核意见

|  |
| --- |
| 签章： 年 月 日 |