附件4：

锦州医科大学

新教师到辅导员岗位锻炼经历审核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照 片粘贴处 |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 出生年月 |  | 现从事专业 |  |
| 现聘专业技术职务名称 |  | 聘任时间 |  |
| 申请晋升专业技术职务名称 |  |
| 教育背景及工作经历 |  |
| 辅导员岗位锻炼时间 |  年 月至 年 月 |
| 本人申请 | 申请人签字 ： 年 月 日 |
| 辅导员岗位锻炼所在单位意见 | 负责人签字（部门公章）： 年 月 日 |
| 所属单位意见 | 负责人签字（部门公章）： 年 月 日 |
| 党委学生工作部意见 | 请填写考核结果：“优秀”、“合格”、“不合格”；或填写考核成绩。负责人签字（部门公章）： 年 月 日 |