**附件1**

**浙江中医药大学（滨江学院）教学计划调整申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专业名称 | |  | | 适用年级 | |  | |
| 专业所在学院 | |  | | 课程所在学院 | |  | |
| 调整类别 | | □增加 □修改（课程名称、学时学分、课程性质、学期等） □删除 □更换 | | | | | |
| 调整内容 | | **原计划** | | | **调整后计划** | | |
| 课程代码 |  | | 课程代码 | |  |
| 课程名称 |  | | 课程名称 | |  |
| 课程类别 |  | | 课程类别 | |  |
| 课程性质 |  | | 课程性质 | |  |
| 学分 |  | | 学分 | |  |
| 总学时 |  | | 总学时 | |  |
| 理论/实践学时 |  | | 理论/实践学时 | |  |
| 开课学期 |  | | 开课学期 | |  |
| 调整理由 | | 注：请在本表后附论证、调研、意见征求材料 | | | | | |
| 解决对策 | | 注：若教学计划调整影响学生后续重修等，需要填写此栏 | | | | | |
| 课程所在学院意见 | 教研室主任 | 签字:　 年 月 日 | | | | | |
| 教学  副院长 | 签字:　 年 月 日 | | | | | |
| 专业所在学院意见 | 专业  负责人 | 签字:　 年 月 日 | | | | | |
| 教学  副院长 | 签字:　 年 月 日 | | | | | |
| 教务处意见 | | 签章:　 年 月 日 | | | | | |
| 学校教学  委员会审批 | | 签章： 年 月 日 | | | | | |