**兰州大学基础医学院教师调课申请表**

（20 —20 学年第 学期）

教研室名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课程名称（课程号+课序号） | 年级、专业  班级及人数 | 地点 | 周次 | 星期 | 节 次 | 任课教师 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 拟调整  方案 | 周 次 | | 星 期 | | 节 次 | 教 师 |
|  | |  | |  |  |
| 调课原因 | 申请人签名：  20 年 月 日 | | | | | |
| 教研室/中心）负责人意见 | 签 名：  年 月 日 | | | | | |
| 学院办公室存档 | 年 月 日 | | | | | |