附件7

**浙江大学医学院教师发展中心教学咨询单**

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名：** | **部门：** |
| **职称：** | **教龄** |
| **教学职务：** |  |
| **手机：** | **邮箱：** |
| **承担教学任务：** |
| **教学经历** |
| **课程教学经历：** |
| **教学研究经历** |
| **预约时间****(周四下午)** | **月 日** | **14:00-15:00□****15:00-16:00□** |
| **咨询主题问题或** |
| **主题** | **具体问题：** |