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：** | |