云南省高等学校名师工作室省内访问学者项目

为了充分发挥我省高校教学名师在教师队伍建设中的引领示范作用，加强教师队伍的建设，提高高等学校青年教师的教学及学术水平，促进高校教学骨干成长，提高学科专业整体教学水平，云南省教育厅决定实施云南省高等学校名师工作室省内访问学者项目。

**一、选派对象和条件**

1、云南省普通高等学校在职在岗教师,身心健康，政治思想素质好，热爱教育事业，有良好的职业道德。

2、基础理论和专业知识扎实，能胜任主干课程讲授任务；有较强学术研究能力，曾独立主持或作为主要参与人承担过校级以上课题，是选派学校的后备青年骨干教师。

3、具有讲师及以上专业技术职务，年龄一般不超过40周岁。

**二、对名师工作室的要求**

1、接受省内访问学者的学校应是获得云南省高等学校名师工作室称号的高校，每个工作室每年只能招收1-2名省内访问学者，访学时间为一学年。

2、访问学者的培养工作实行指导教师负责制，指导教师全面负责访问学者的业务研修工作。

3、原则上不能接受本校教师访学。

4、每个“名师工作室”需指派一名专职工作人员负责此项目。

**三、申报程序和办法**

1、由获得云南省高等学校名师工作室称号的高校于3月30日以前向省教育厅质量工程项目领导小组办公室（省教育厅高教处）提出招收访问学者的申请，省教育厅将根据实际情况公布当年《云南省高等学校名师工作室省内访问学者招生计划》。

2、各高等学校根据当年计划，组织校内符合条件的青年教师自愿申请，学校汇总本校申报材料，于2015年4月30日前统一向质量工程项目领导小组办公室提交申报。

3、申请材料包括：申报学校的公文一份，《云南省高等学校名师工作室省内访问学者推荐表》一式两份，以及所有材料的电子版文档一份。

**四、保障措施**

1.本项目由质量工程项目领导小组领导，具体工作由云南省教育厅高教处负责。各承担项目任务的高校要安排校领导具体负责，学校教师教学发展中心有专人管理。

2.访问学者按规定完成学习研究任务且考核合格者，由省教育厅颁发“云南省高等学校名师工作室省内访问学者研修合格证书”。

3.省内访问学者在名师工作室研修期间，视同在岗工作，其在本校所应享有的一切待遇不变。

4.所需经费由教育厅安排。

联系人：谢怀昆

联系电话（传真）：0871-65141426

电子邮箱：ynjytgjc@sina.com

地址：昆明市学府路2号 云南省教育厅高教处

邮编：650223

附件：《云南省高等学校名师工作室省内访问学者推荐表》

**附件：**

云南省高等学校名师工作室骨干教师省内访问学者

推 荐 表

 姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_出生年月\_\_\_\_\_\_\_民族\_\_\_\_

学历\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学位\_\_\_\_\_\_专业技术职务\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

推荐学校及院系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

邮编及通讯地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家庭电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

访问学校及专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_指导教师\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

访问时间\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月（一学年）

**云南省教育厅 云南省财政厅 制**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 毕业/获得学位学校 | 毕业/获得学位时间 | 一寸照片 |
|  |  |  |
| 毕业/获得学位学科专业 |  |
| 学习工作简历 | 起止年月 | 学习、工作单位（任何职） |
|  |  |
| 从事过哪些教学工作（包括授课名称、学时、对象，指导学生论文、实验，编写教材等） |
|  |
| 从事过哪些科研工作及取得的成果（包括发表论文和出版专著的题目和书名、发表和出版时间，刊物和出版社，成果获奖和应用情况等）（如空格不够，可另附页） |
|  |
| 计划访问学习的目的、内容及要求 |
|  |
| 申请人所在院系意见(包括对其政治思想、教学科研能力的评语) |  | 院系负责人签名 |
|  |
| 院\系公章 |
| 年 月 日 |
| 推荐学校师资管理部门意见 | 部门公章  | 职能部门 |
|  |
| 负责人签名 |
|  |
| 年 月 日 |
| 接受学校导师意见 |  | 导师职务 |
|  |
| 导师签名 |
|  |
| 年 月 日 |
| 接受学校管理部门意见 |   部门公章 | 负责人签名：年 月 日 |
| 质量工程领导小组意见 |   | 负责人签名年 月 日 |