

专业认证建设方案

教学单位：

专业名称：

专业负责人：

联系方式：

教学质量监督评估办公室 制

二〇二三年五月

填写说明

1.本表的各项内容要实事求是，真实可靠。文字表达要明确、简洁。所在学院应严格审核，对所填内容的真实性负责。

2.表中空格不够时，可另附页，但页码要清楚。

3.本表用A4纸双面打印填报并装订成册。

一、主要参与人员

|  |
| --- |
| **专业认证工作负责人基本情况** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 学 位 |  | 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 毕业院校 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 电 话 | 办公： 手机： |
| 电子邮箱 |  |
| **专业认证工作组成员基本情况** |
| **序号** | **姓名** | **技术职称** | **承担工作** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |

二、进度安排（可根据实际需要调整本表，可续页）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第一阶段** | **时间** | **负责人** | **具体工作内容、安排；需要解决的问题、措施等** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| **第二阶段** | **时间** | **负责人** | **具体工作内容、安排；需要解决的问题、措施等** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| **第三阶段** | **时间** | **负责人** | **具体工作内容、安排；需要解决的问题、措施等** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

注：本项内容包含专业的各项工作安排，时间进度，实施人员等，每个阶段一般按

4-6个月规划。

三、教学单位审核意见

|  |
| --- |
| 负责人签字（盖章）：年 月 日 |

四、教学质量监督评估办公室审核意见

|  |
| --- |
| 负责人签字（盖章）： 年 月 日 |