|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **课程异动申请表** | | | | |
|
| **提别提醒：请院系提前5个工作日将本申请表交送学校** | | | | |
| **\*任课教师姓名** |  | **教师所在院系** | | 学院 系 |
| **课程号** |  | **\*课程名称** | |  |
| **\*授课对象及年级（请勾选）** | □ 本科生 □研究生 | **选课人数** | |  |
| **\*课程异动方式（请勾选）** | □ 课程停开 □临时他人代课 □临时调整上课时间 □临时调整上课地点 □其他 | | | |
| **\*课程异动原因** |  | | | |
| **\*是否已通知学生** |  | | | |
| **\*任课教师签字** | 202 年 月 日 | | | |
| **院系主管领导意见：** | | | | |
| （本科生课程若开课院系与任课教师所在院系不是同一院系，需要双方院系主管领导签字） | | | | |
| （研究生课程请任课教师主管研究生教学副系主任先行签字） | | | | |
| \*任课教师所在院系的教学副系主任签字： | | | 开课学院教学主管签字： | |
| （加盖院系公章） | | | | |
| 202 年 月 日 | | | | |
| **学校审核意见：** | | | | |
|  | | | | |

**备注：标\*的项目必填**