**广西医科大学教学计划异动申请表**

二级学院（盖章）： 填表人： 联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| 授课专业 |  |
| 年级 |  | 班级 |  |
| 异动情况 | 异动前 | 异动后 |
| 课程名称 |  | 课程名称 |  |
| 授课学期 |  | 授课学期 |  |
| 理论学时 |  | 理论学时 |  |
| 实践学时 |  | 实践学时 |  |
| 异动原因 |  |
| 二级学院意见 | 负责人签字：年 月 日 |
| 教务处意见 |  负责人签字：年 月 日 |

注：本表一式两份，二级学院和教务处各存档一份；每门课程填写一张表格。