**高等学校一般国内访问学者**

**工作成绩考核表**

|  |
| --- |
| 免  冠  一  寸  照  片 |

姓名 性别 出生年月

学历 学位 专业技术职称

推荐学校及医院、所

访问院系（所）及专业

指导教师 教授

研究课题名称

访问时间 年 月至 年 月

邮编及通讯地址

电话 E-mail

|  |
| --- |
| （访问期间从事了哪些科研、教学工作，取得了哪些成绩和成果） |
| 访问学者签名：  年 月 日 | | |
| 导师评语：  导师签名：  年 月 日 | | |
| 接受学校院系意见：  主管领导签字：  （盖章） 年 月 日 | | |
| 接受学校管理部门意见：  主管领导签字：  （盖章） 年 月 日 | | |

注：此表一式三份，于访学结束时完成。照片处彩色打印或贴彩色照片。