济宁医学院录播教室使用申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用单位（教研室） |  | 授课教师姓名 |  |
| 现场授课人数 |  | 联系电话 |  |
| 申请录播时间 |        年        月       日     星 期       授课时间：              时至  时       |
| 课程名称 |  |
| 课程用途 |  |
| 使用人单位意见 |  部门负责人（公章）： 年 月 日  |
| 教务处审批意见 |   签字（公章）： 年 月 日 |
| 备注 |  |

注意事项：1、录播教室仅用于拍摄教学录像。

2、本表格由使用人详细填写，部门负责人签字并加盖公章，提前一周报送教务处教育技术科。

3、使用人应为教师或教职工，首次使用录播教室的教师应提前熟悉设备的操作方法并对本次使用负责。