附件２

**校级质量工程验收通过项目工作量分配表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目类型** | |  | | **项目负责人** | |  | |
| **项目名称** | |  | | | | | |
| **联系方式** | |  | | | **所在单位** |  | |
| **分配方案** | | | | | | | |
| **姓 名** | **职 称** | | **所在单位** | | | | **课时量** |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
| **合 计** | | | | | | |  |

（备注：1.网络辅助教学课程填写××课时；2.网络辅助教学课程项目负责人和成员如是内聘副教授，需在“职称”栏注明。）

**项目负责人签名： 单位负责人签名：**

**年 月 日 年 月 日**