**教师教学咨询与诊断服务记录单**

所在学院（部）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 职工号 |  |
| 职 称 |  | 现从事专业 |  |
| 授课名称 |  | 联系电话（手机号） |  |
| 上课时间地点 |  | | |
| 教师咨询  诊断服务  需求 | *教学中存在的问题或困惑，咨询、诊断服务需求。* | | |
| 诊断意见 | 专家签名：  年 月 日 | | |