药大教工部函〔2020〕8号

关于2020年度“从事教育工作满三十年”

荣誉证书申报工作的通知

各部门、单位：

为表彰和鼓励教师忠于人民教育事业，弘扬尊师重教的良好风尚, 增强广大教师的光荣感、使命感和责任感，学校将为2019年9月-2020年8月从事教育工作满三十年的在职在岗教职工颁发荣誉证书和《从事教育工作满三十年教职工名录》，现将相关事宜通知如下:

1. 名单统计

（一）统计对象

在2019年9月1日-2020年8月31日期间从事教育工作累计满三十年的在职、在岗教职员工。

（二）计算方法

1. 从教师本人到教育单位工作之日起计算。

2. 经学校批准，带薪到各级各类学校和培训机构学习，学习结束后继续从事教育工作的，其学习时间可计算为从事教育工作时间。

3. 在两所及以上院校工作的时间，可合并计算从事教育工作时间。

4. 若教师工作经历所在院校在学校沿革中，原来是中专校后来升为高等院校的，从事教育工作时间应按在院校工作的时间段据实计算。

5. 以上计算办法，只适用于颁发从事教育工作满三十年荣誉证书之用。

二、基本信息报送

1. 简介：简述个人基本情况、工作经历、工作成绩、个人荣誉及自我评价，字数控制在500字以内（表格及示例见附件1）。

2. 照片：提供个人电子版照片1张（证件照，2寸，蓝底彩色，尺寸3.5\*5.3cm，象素500kb以上）。

三、报送要求

1. 教职工本人填写《从事教育工作满三十年人员审批表》（见附件1），并报送所属部门初审。

2. 各单位对申报材料进行初审后，填写《从事教育工作满三十年人员信息汇总表》（见附件2），报党委教师工作部复审。

3. 各单位应于2020年7月3日前将《从事教育工作满三十年人员审批表》、《从事教育工作满三十年人员信息汇总表》签字盖章后报送至行政楼720室，电子版发送至jsgzb@cpu.edu.cn，邮件主题以“从教三十年+院（部）名称”形式命名。

四、注意事项

1. 从事教育工作满三十年荣誉证书不与工资、福利待遇挂钩，不得重复发放。

2. 请相关教职工严格按照要求做好申报和基本信息报送工作；请各单位认真组织、仔细核对、严格把关，未按要求申报或提供基本信息的，将直接影响荣誉证书以及名录的颁发。

 联系人：陈静，86185089。

 附件：1. 从事教育工作满三十年人员审批表

 2. 从事教育工作满三十年人员信息汇总表

 党委教师工作部 人事处

 2020年6月22日

附件1

**从事教育工作满三十年人员审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 教育程度 |  |
| 院部 |  | 职务（职称） |  |
| 联系电话 |  | 从事教育工作年限 |  |
| 教职工名录 | 简述个人基本情况、工作经历、工作成绩、个人荣誉及自我评价。（示例附后） 个人简介（500字以内）请插入2寸证件照（蓝底彩照，3.5\*5.3cm，500kb以上） |
| 院部审核意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |

\*个人简介字数请控制在500字以内，超过500字的将根据需要予以调整。

从事教育工作满三十年教职工名录（示例）

陈\*\*，女，汉族，1969年1月1日生，中共党员，副教授。1989年参加工作，现任职于中国药科大学药学院\*\*系。

1990年7月毕业于中国药科大学药学专业并留校任教； 1994年任讲师；1999年任教授。1994年至今在药学院任教，开设 “药剂学”、“工业药剂学”、“药学包装设计学”等理论与实验课程。曾任中国药科大学\*\*系主任。发表论文30多篇，编写《药代动力学》、《高等数学》等教材5部。主持和参与多项省级、校级课题，并多次获得省级校级优秀教学成果奖。指导研究生、本科生前后三次参加全国大学生“挑战杯”科技竞赛，分别获得国家级三等奖、二等奖和三等奖。求真务实教书育人，关注医药人文与创新发展，热爱并乐于探索生命价值，有弘扬与传承中医药文化的使命感。



附件2

 （部门）从教三十周年人员信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **是否提供个人简介** | **是否提供2寸照片** | **是否经本人确认** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| **经审核，本汇总表所填内容属实。** |
|  **院部负责人签字：**  |
|  **院部门盖章**  |
|  **填表日期： 年 月 日**  |