专业骨干课程建设项目结题验收意见汇总表

**院（系）名称（公章）： 单位负责人签字： 填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **课程名称** | **负责人** | **结题意见**  **（通过/不通过）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：对于未通过结题验收的专业骨干课程，院（系）需在备注栏中明确课程限期完成的时间,一般不超过半年。**