**政治审查意见**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 课程名称 |  | 课程负责人 |  |
| 课程团队成员（包括负责人） | 姓名 | 职称 | 所在单位（院系） | 在课程中承担的主要工作 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 课程内容简介 |  |
| 院系党委审查意见 | （对本校课程团队成员情况进行审查，以及对课程政治导向把关审查，确保课程正确的政治方向、价值取向） 党组织负责人签字： （学部/院系党委盖章） 年 月 日 |
| 学校党委审核意见 |  （学校党委盖章） 年 月 日 |