**附件2**

**xxx专业认证工作方案（2020-2025年）**

学院名称： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专业名称 | |  | □通过认证时间  □通过复评时间 |  | 认证机构 |  |
| 负责人  姓名 | |  | 联系电话 |  | | |
| 邮箱 | |  | | | | |
| 专业认证时间表 | | 起止年月 | 重点工作 | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 专业认证路线图  *（请详细说明各个时间节点的工作目标、工作内容以及责任人）* | | | | | | |
| 学院意见 | 负责人签字（公章）：  年　　月　　日 | | | | | |

**备注：**本工作方案需根据认证规划，至少提前一年，倒计时制定完成。