附件

“送培到基层”项目申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | |
| 活动名称 |  | | |
| 举办时间 | 2024 年 月 日- 月 日，共计 天 | | |
| 活动地点 |  | 总参与人数 | 人 |
| 项目联系人联系方式：  姓 名 办公电话  手机号 电子邮箱 | | | |
| 是否申请与中国科教工作者协会联合颁发培训证书：□是□否；  申请证书 份 | | | |
| 是否能提供增值税专用发票：□是 □否 | | | |
| 培训对象情况：地区、学员（学段、教学学科、专业、校内/校外） | | | |
| 培训组织机构：（主办、承办、支持单位） | | | |
| 培训授课团队：（主讲姓名、职务或职称、工作单位、简介，可另附页） | | | |
| 培训课程表：（课程名称、课时、授课人、授课形式、课程内容简介,可另附页） | | | |
| 申请单位负责人（签字）：  单位公章：  申请日期：2024年 月 日 | | | |
| 审批单位负责人（签字）：  单位公章：  审批日期：2024年 月 日 | | | |