附件1

中药调剂员培训项目承训机构比选

申

请

表

申请单位：             （盖章）

申请日期：    年    月    日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单 位 名 称 |  | 单 位 性 质 |  |
| 批准设立机关 |  | 登 记 证 号 |  |
| 办学许可证号 |  |
| 单 位 地 址 |  | 邮 政 编 码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | 手 机 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  | 手 机 |  |
| 培训场地情况（使用面积） | 其 中 |
| 教 室 | 实 训 场 地 | 办 公 场 地 |
| 个数 | 总面积 | 个数 | 总面积 | 个数 | 总面积 |
| 自有 | M2 |  | M2 |  | M2 |  | M2 |
| 租用 | M2 |  | M2 |  | M2 |  | M2 |
| 教 职 工总 人 数 | 其 中 |
| 管 理 人 员 | 教   师 |
| 专 职 | 兼 职 | 专 职 | 兼 职 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 师资情况 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称或职业资格 | 职 务 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**填表说明：**1、本表一式二份。同时报送电子版。

2、本表提供的信息必须真实和准确。

3、本表内的时间、电话号码一律用阿拉伯数字填写。

4、表内填写不下的内容，可另加A4纸附页。