附件1

健康管理师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。

附件2

法定代表人授权委托书

达州市中医药管理局：

          （机构名称）的       （法定代表人姓名、职务）代表本机构授予         （被授权人姓名、职务、身份证号码）为参加达州市中医药管理局组织的2024年健康管理师培训项目承训机构比选活动的合法代理人，参加培训承训机构比选活动，并以本机构名义处理一切与此有关的事务。我机构对被授权人签名的所有与此次比选有关的资料负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有资料不因授权的撤销而失效，本授权书自比选开始至比选有效期届满30日止。

代理人无转委托权。

本授权书于     年    月   日签字生效，特此声明。

法定代表人签名：       代理人（被授权人）签名：

职务：                职务：

单位名称:（盖章）     单位名称:（盖章）

联系电话：             联系电话: