附件2

湖北省卫生健康行业职业技能培训机构备案申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | | |  | | | | | | | | | | 单位性质 | | | | 院校/学会/民办学校 | | |
| 法人类型 | | | 企业/民办非企业/社会团体/事业单位/其他 | | | | | | | | | | 业务主管部门 | | | |  | | |
| 办学许可证发证机关 | | |  | | | | | | | | | | 批准文号 | | | |  | | |
| 办学类型/业务范围 | | |  | | | | | | | | | | 办学许可证有效期 | | | |  | | |
| 办公地址 | | |  | | | | | | | | | | 统一社会信用代码 | | | |  | | |
| 网站名称及地址 | | |  | | | | | | | | | | ICP备案/许可证号 | | | |  | | |
| 增值电信业务许可证编号 | | |  | | | | | | | | | | 公众号/APP名称 | | | |  | | |
| 法定代表人信息 | | | 姓 名 | | |  | | | | | | | 邮 箱 | | | |  | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 手 机 | | | |  | | |
| 联 系 人 | | |  | | | 联系电话 | | |  | | | | 手 机 | | | |  | | |
| 教学/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 | | |
| **拟申请备案的培训专业** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请备案的专业名称 | | | | | 年度培训规模 | | | | | | | 申请备案的专业名称 | | | | 年度培训规模 | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **授课师资情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 性别 | 单位 | | | | | | | 联系方式 | | | | 学历 | 职称  职业资格 | | | 专/兼职 | |
|  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
|  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
|  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
|  | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
| **基本情况介绍**  历史发展、培训绩等，写明目前开展的卫生健康行业职业技能培训情况，今后拟开展卫生健康行业的培训项目（职业技能培训写明工种和级别）等。  本机构承诺上述填报的内容准确无误，提供的证书及相关证明材料真实有效，否则，由此产生的法律责任由本机构承担。  负责人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |