附件2

新疆营养指导能力提升培训机构申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | 所在城市 |  |
| 成立日期 | |  | 证照号码 |  |
| 单位地址 | |  | 注册资金 |  |
| 单位网址 | |  | 微信公众号 |  |
| 法人代表 | |  | 电话 |  |
| 联系人 | |  | 单位职务 |  |
| 联系手机 | |  | 联系邮箱 |  |
| 收件地址 | |  | | |
| 基本情况 | （包括机构简介、员工情况、核心业务、负责人简介、培训场所、教学设备、管理服务团队等） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 培训业务概况 | （包括卫生健康培训项目、培训规模、培训方式、培训场地、技能操作培训条件、学员管理和考评信息化管理系统等） |
| 项目实施计  划 | （包括项目专职人员配置、招生方式、项目年培训量预估、课程体系设置、培训收费标准等） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 师资队伍 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 专业技术职务职称 | 职业资格  等级证书 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **郑重承诺：**   1. **本机构对上述各项填报信息真实性负责；** 2. **在今后培训开展过程中，如发现本机构提供虚假或不真实的信息，不符合备案条件，经查实后被取消备案资质，本机构愿自行承担相应责任和损失。**   **培训机构负责人签字（盖章）：**  **年 月 日** |
| **自治区卫生健康人才发展中心推荐初审意见：**  **盖章：**  **年 月 日** |
| **自治区卫生健康委员会审批意见：**  **盖章：**  **年 月 日** |