附件1

潍坊医学院非学历教育项目申报表

申报单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 培训对象 |  | | | 培训学时 | |  |
| 培训目的和作用 |  | | | | | |
| 培训内容和方式 |  | | | | | |
| 拟授课教师  情况 |  | | | | | |
| 拟举办时间 |  | | | | | |
| 申报单位  联系信息 | 联系人 |  | | 电话/手机 |  | |
| 邮箱 |  | |
| 申报单位意见 | | | 归口管理部门意见 | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |