附件2

“中小学教师心理健康教育能力提升”

专题网络培训报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** | |  | | | |
| **通讯地址** | |  | **邮 编** | |  |
| **负责人** | **姓 名** |  | **部 门** | |  |
| **职 务** |  | **电 话** | |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** | |  |
| **联系人** | **姓 名** |  | **部 门** | |  |
| **职 务** |  | **电 话** | |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** | |  |
|  | | | | | |
| **参训人数** |  | | | | |
| **开班时间** |  | | | | |
| **单位（部门）意见** | | | | | |
| **单位盖章**  **年 月 日** | | | | | |
| **汇款信息** | 收款单位：中国教育学会  地址电话：北京市西城区西单大木仓胡同35号 010-84022596  开户银行：中国工商银行北京长安支行  账号：9558850200000846068  联 行 号：102100000337 | | **开**  **票**  **信息** | 发票抬头：  纳税人识别号：  开票金额： | |