**中国保健协会培训开班申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 培训项目名称 |  | 培训时间 |  |
| 培训合作单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 本次培训地点  （详细地址） |  | 培训形式  （线上/线下） |  |
| 参加培训人数 |  | 培训课时 |  |
| 师资情况说明 | 授课老师 | 课程内容 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 培训合作单位负责人  （签字） |  | 培训合作单位  （盖章） |  |
| 培训部审核意见  （签字） |  | | |
| 领导审核意见  （签字） |  | | |