附件

亚健康职业培训招生机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟申报开展招生的职业培训项目 | | 亚健康调理□ 亚健康管理□ 儿童健康管理□ （请打√） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报单位基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称（盖章） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | | | | | 身份证号 | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位类型 | |  | | | | | 所属行业 | | | | | |  | | | |
| 注册资金（万元） | |  | | | | | 正式员工数 | | | | | |  | | | |
| 单位成立时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年纳税情况 | | 年份 | | | 税额（万元） | | | | | | | | 是否有失信行为（从信用中国平台查询后填） | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 申报负责人 | | 姓名 | | |  | | | | | 电话 | | |  | | | |
| 职务 | | |  | | | | | 邮箱 | | |  | | | |
| 职务 | | |  | | | | | 邮箱 | | |  | | | |
| 单位基本情况 | （主要包括：基本情况、行业地位、单位优势，800字以内） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 已有基础 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 近5年招生培训规模（人次） | 年度 | | | 培训人数 | | | | | 独立培训人数 | | | | | 合作培训人数 | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 培训总规模 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| （其中独立培训规模） | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 自有场地及设施设备情况 | 场地地址 | | | 场地面积 | | 容纳人数 | | | | | | 设施设备台套 | | | | 设施设备总值 |
|  | | |  | |  | | | | | |  | | | |  |
| 师资团队总人数 |  | | | | | | | 专职师资队伍人数 | | | | | | |  | |
| 兼职师资队伍人数 | | | | | | |  | |
| 培训教师姓名 | 工作单位 | | 专业技术  职务/职称 | | | | | 专业 | | | 人员性质 | | | | 联系电话 | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| …… |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| 已有培训情况简述 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下步培训工作规划 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承 诺  本单位提交的所有材料均真实、准确、可靠，如有失信或弄虚作假，其责任由本单位自负并愿接受相关处理。  申报单位（盖章）：  法定代表人（或委托代理人）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 中和亚健康服务中心培训部意见：  负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.单位类型：行业协会等社团组织、事业单位、企业、集体企业、民营企业、民办非企业单位；

2.所属行业：请参考《2017年国民经济行业分类》（GB/T 4754—2017）；

3.人员性质：专职师资、兼职师资；

4.法定代表人：需提供法人身份证复印件；

5.单位：申请单位需提供的营业执照（副本）复印件；

6.本表可另附页。