

附件

昭通职业学院教职工外出培训进修学习申请审批表

姓名		性别		出生年月		参加工作时间	
所在部门		职称		职务		联系电话	
工作属性	<input type="checkbox"/> 教学 <input type="checkbox"/> 管理	进修形式			进修费用预计		
培训时间	年 月 日至 年 月 日						
培训机构及专业类别							
培训目的							
应取得证书							
二级学院、部门负责人意见	签字： 年 月 日						
分管领导意见	签字： 年 月 日						
主要领导审批	签字： 年 月 日						
备注							