附件2

全国高校心理危机预防干预网络培训管理团队**回执表**

|  |
| --- |
| **省（自治区、直辖市）教育行政部门：** |
| **省级负责人及联系人信息** |
| **管理人员** | **姓名** | **单位职务** | **办公电话** | **手机** | **邮箱** | **QQ号** |
| **省级负责人** |  |  |  |  |  |  |
| **省级联系人** |  |  |  |  |  |  |
| **学校负责人及联系人信息** |
| **学校名称** | **参训人数** | **管理人员** | **姓名** | **单位职务** | **办公电话** | **手机** | **邮箱** | **QQ号** |
| **XX学校** | **X人** | **负责人** |  |  |  |  |  |  |
| **联系人** |  |  |  |  |  |  |
| **XX学校** | **X人** | **负责人** |  |  |  |  |  |  |
| **联系人** |  |  |  |  |  |  |
| **…** | **…** | **…** |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | **高校数量 所，学员数量 人。** |
| **单位意见** |
|  **单位盖章** **年 月 日** |

说明：各省级联系人可优先汇总此表信息，确定高校负责人、联系人及省内参训学员数量，于11月25日前将此表发送至报名邮箱