附件

2024年全国中小学教师心理健康教育专题网络培训参训回执表

|  |  |
| --- | --- |
| **单 位 名 称** |  |
| **通 讯 地 址** |  |
| **负****责****人** | **姓 名** |  | **部门职务** |  |
| **联系电话** |  | **邮 箱** |  |
| **联****系****人** | **姓 名** |  | **部门职务** |  |
| **联系电话** |  | **邮 箱** |  |
| **参 训 情 况** |
| **培训专题** | **参训人数** |
| **中小学教师****心理健康教育****能力提升****分类培训班** | **心理健康教育专兼职教师培训** |  |
| **教务主任、德育主任、团支部书记、少先队辅导员和班主任培训** |  |
| **学科专任教师培训** |  |
| **中小学教师危机预防与干预能力提升培训班** |  |
| 我单位申请参加培训活动，共参训 人，计划培训时间自 月 日至 月 日，培训费共计 元。**单 位 盖 章** **年 月 日** |
| **汇款信息** | 收款单位：国家教育行政学院地址电话：北京市大兴区清源北路8号 010-69248888开户银行：工行北京体育场支行账号：0200053009014409667联行号：102100005307汇款方式：单位汇款，请直接汇入对公账户；个人对公汇款，请在备注中注明单位名称。请在汇款时说明：中小学心理培训或中小学危机干预培训 | **开****票****信****息** | 发票抬头：纳税人识别号：开票金额： |

说明：请参训单位认真填写此表，与国家教育行政学院联系，以便尽快安排培训。