**心理健康教育素质拓展基地培训申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请部门** |  | | |
| **申请老师** |  | **联系电话** |  |
| **使用时间** |  | **参加人数** |  |
| **拓展训练主题** |  | | |
| **拓展训练内容** |  | | |
| **主办（承办）**  **单位意见** | **部门领导签字：**  **（公章） 年 月 日** | | |
| **审批意见** | **审批人：**  **（公章） 年 月 日** | | |

备注：申请表签字盖章有效，交心理健康教育与咨询中心留存，联系电话0371-62191875。