附件1

绍兴市本级职业培训承接机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 培训机构名称（盖章） |  |
| 单位地址 |  | 上级主管部门 |  |
| 负责人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 申请类型 | □职业技能培训（A类）□职业技能培训（B类）□创业培训 |
| 培训机构职工人数（人） |  | 其中：专职教师人数（人） |  |
| 全年计划培训人数（人） |  | 其中：就业技能： 人；岗位技能提升： 人；创业培训： 人；其他： 人。 |
| **计划培训职业****（工种、项目）** | **培训等级** | **计划培训人数** | **培训时间安排** | **类别说明** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| （可附页） |
| 市人力社保局审核意见：（盖章）年 月 日 |

注：表中“**类别说明**”列，请注明是A类、B类或创业培训。

附件2

培训机构管理人员和教师情况一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 毕业院校、专业、学历 | 职业资格/专业技术职务 | 取得时间 | 管理人员或教师 | 理论或实操师资情况 | 专兼职情况 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3

绍兴市本级培训职业调整申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 培训机构名称（盖章） |  |
| 单位地址 |  | 上级主管部门 |  |
| 负责人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 申请类型 | □职业技能培训（A类）□职业技能培训（B类）□创业培训 |
| 培训机构职工人数（人） |  | 调整培训职业专职教师人数 |  |
| 调整培训职业拟培训人数 |  | 其中：就业技能： 人；岗位技能提升： 人；创业培训： 人；其他： 人。 |
| **申请调整的****培训职业项目** | **培训等级** | **计划培训人数** | **培训时间安排** | **类别说明** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| （可附页） |
| 人力社保部门意见：（盖章）年 月 日 |

注：表中“**类别说明**”列，请注明是A类、B类或创业培训。