

合作机构备案表

申报机构名称	(加盖申请单位公章)		
申请时间	2020年__月__日		
申报机构联系人	姓名		职务
	电话		邮箱
服务项目情况	项目名称		
	申报类型	<input type="checkbox"/> 培训基地（非独家） <input type="checkbox"/> 项目管理办公室 <input type="checkbox"/> 产教学研合作机构 <input type="checkbox"/> 培训基地（独家）	
	服务对象	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会人员 <input type="checkbox"/> 其他人员	
	服务人数	预计人数（年）：_____	
	业务覆盖区域	全国_____ 省（请填写）_全国_____	
	是否独家	是_____ 否_____	
	题库内容	基本测试题库： 专业测试题库：	
	题库说明	题库数量：_____ 实施时间：_____	
技术审核签字	审核单位：		
	审核人：		审核时间：
项目审核签字	审核单位：		
	审核人：		审核时间：

以上信息请各合作机构认真如实填写，并加盖单位公章扫描发送我中心，如发现虚假信息，后果自负。