河南省成人教育校外教学点备案（审批）

登 记 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主办学校名称（盖章） | |  | | 主办学校招生代码 | | 国码 |  | | |
| 省码 |  | | |
| 站（点、中心）名称 | |  | | 建站（点、中心）日期 | |  | | | |
| 设点单位名称 | |  | | 主管单位名称 | |  | | | |
| 站（点、中心）  通讯地址 | |  | | 站（点、中心）  联系电话 | |  | | | |
| 站（点、中心）  负责人姓名 | |  | | 站（点、中心）  负责人联系方式 | | 电话 | |  | |
| E-mail | |  | |
| 站（点、中心）  联系人姓名 | |  | | 站（点、中心）  联系人联系方式 | | 电话 | |  | |
| E-mail | |  | |
| 开设  专业  名称 |  | 层次 |  | 学习形式 |  | 收费标准 | | |  |
|  | 层次 |  | 学习形式 |  | 收费标准 | | |  |
|  | 层次 |  | 学习形式 |  | 收费标准 | | |  |
| 省外院校所在省、自治区、直辖市教育行政部门备案意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 省辖市教育行政部门初审意见（涉及医疗卫生类专业的还需省级卫生主管部门签署意见） | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 省教育厅  备案（审批）意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |

填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日

注：此表一式五份，省教育厅、省辖市教育行政部门、主办学校、设点单位和校外教学点各一份。