附件

广西执业药师继续教育施教机构申报表

**单位（盖章）： 申报时间： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **机构全称** |  |
| **机构地址** |  | **邮政编码** |  |
| **机构社会信用代码** |  | **电子邮箱** |  |
| **法定代表人** |  | **联系电话** |  |
| **继续教育****培训负责人** |  | **联系电话** |  |
| **继续教育培训场地设施、教学设备、师资、教学管理制度等情况** | **教学场地设施** | **教学场所地址** |  |
| **教学面积（㎡）** |  | **产权情况** |  |
| **办公面积（㎡）** |  | **产权情况** |  |
| **授课设备仪器** |  |
| **场所设施设备** |  |
| **线上教学平台** | **服务器地址** |  |
| **服务器容量** |  | **产权情况** |  |
| **培训教学软件** |  | **产权情况** |  |
| **网课平台是否具备防快进、防挂课、防替考措施** |  |
| **网络安全情况** |  |
| **培训教学师资** | **具有高级职称****药学相关专业(人）** |  | **自有/聘用** |  |
| **具有高级职称中药学相关专业（人）** |  | **自有/聘用** |  |
| **教学管理制度** |   |
| **近三年来从事继续教育****培训情况、收费情况以及财务状况** |  |
| **相关资质证明材料清单** |  |
| **申报单位****承诺** | **法定代表人 （签字） （单位公章）** **年 月 日** |
| **审查部门****意见** |  **（单位公章）** **年 月 日** |
| **认定单位****意见** |  **（单位公章）** **年 月 日** |