**河北医科大学教师发展中心**

**学年第 学期瑜伽课程班申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 年龄 | |  | | 学历 |  | | 学位 |  | |
| 所学  专业 | |  | | | | 职称 |  | | |
| 联系  电话 | |  | | | | 电子邮箱 |  | | |
| 所属  学院 | |  | | | | 所属  教研室 |  | | |
| 是否具有  瑜伽基础 | | | 是[ ] 否[ ] | | | | | | |
| 课 程 名 称 | | | 瑜伽 | | | | | | |
| 培 训 时 间 | | | 2017年3月7日—5月23日 | | | | | | |
| 教师  发展  中心  审批  意见 |  | | | | | | | | |
| 主管领导签字（公章）：  2017年 月 日 | | | | | | | | |

注：此表一式三份（教师发展中心、体育部、教师本人各留一份）