**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）