附件

《孤独症家庭机构公益赋能培训申请表》

单位（或个人）名称

填表日期

**填表说明**

 一、本申请表填写申报单位必须保证其真实性和严肃性。

二、申请表各项内容按照说明填写。为保证统一规范，请勿对格式进行修改，填写内容请勿超过要求字数。

三、凡申请参加此次公益赋能培训招募的，将被自动视为申请单位（或个人）同意本活动组织方有权公开、使用、编辑、宣传申报项目内容以及其他与之相关的行为。

《孤独症家庭机构公益赋能培训申请表》

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 联系人及职务 | 联系人：职务： |
| 联系方式 | 手机号码：电子邮箱： |
| 线上参会人数 | 家长 |  人 | 志愿者 | 人 | 特教 |  人 |
| 线下参会人数 | 家长 |  人 | 志愿者 |  人 | 特教 |  人 |
| 培训需求 |  |

 **参会名单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **联系方式** | **类别（家长/志愿者/特教）** | **形式（线上/线下）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |