**附件3：**

**全国课程改革骨干教师研修基地研修学习申请表**

**（每一批次填写一张，并请于9月5日前将回执电子版回复至**

**邮箱：821245258@qq.com）**

申请日期：年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请实验区 |  | 申请研修的基地名称 |  |
| 申请研修的学段 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 职务 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | 传真 |  |
| 电子信箱 |  |
| 申请挂职人员 | 姓名 | 性别 | 职务 | 学科背景 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 研修天数与时间段 |  |
| 研修学习需求与目的 |  |