附件1

厦门市红十字

救护员培训基地（教学点）认证

申

请

表

厦门市红十字会印刷

填表说明：

1、本表用于申请红十字救护员培训基地（教学点）资质认证之用。

2、申请条件系指硬件设施、培训管理、教学师资等要求。

3、本表一式三份，复印有效。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 单位法人代表 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申  请  条  件 | 办公室、培训教室：（地址、面积及数量） | | |
| 教学设施、教具：（设备内容、型号及数量） | | |
| 注册师资：（姓名、性别、师资证书编号、发证单位等信息） | | |
| 申请  单位  意见 | 单位公章  年 月 日 | | |
| 评估  审核  意见 | 公章  年 月 日 | | |
| 市红十字会意见 | 公章  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |