附件3

五华县非学科类校外培训机构现场核查

意见表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 办学地址 | 统一格式为：五华县\*\*镇\*\*村（街道）\*\*号（\*\*楼层） | | | | | |
| 办学场所房产权属 |  | | 场所面积 | |  | |
| 办学性质 |  | | 办学形式 | | 线下面授 | |
| 办学内容 |  | | | | | |
| 年培训规模 | （人） | | 同一时段内  最大培训量 | | | （人） |
| 举办者 | 姓名 |  | | 联系电话 | |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 法定  代表人 | 姓名 |  | | 联系电话 | |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 校长 | 姓名 |  | | 联系电话 | |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 委托  办理人 | 姓名 |  | | 联系电话 | |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 属地教育部门预审意见 | （辖区学校盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 现场  检查  意见 | 检查情况：  整改要求：  （以上如有整改要求，培训机构完成相关整改后，于 年 月 日前向检查组申请复核并提交有关材料）  现场检查人员签名：    20 年 月 日 | | | | | |
| 审查  意见 | 经对该培训机构申办情况进行核查，经相关职能股室人员讨论，认为该机构□ 符合 / □ 不符合办学条件要求。  行业部门专业审查意见：  签名：  教育局审查人员意见：  签名：  20 年 月 日 | | | | | |
| 核准  意见 | 审批人员签字： 20 年 月 日 | | | | | |
| 申办人确认核查结论 | 受检机构负责人签字： 20 年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

附件4

五华县非学科类校外培训机构设立联合审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号： 年第 号 | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | 机构性质 | | 营 利 □  非营利□ |
| 办学地址 |  | | | 教学用房  所在楼层 | |  |
| 法人属性 |  | | 注册资本或开办资金（万元） | | | 万元 |
| 场所性质 | □自有 □租赁 □其他 | | | 场所面积 | | 平方米 |
| 机构员工 | （人） | | | 专业执教人员 | | （人） |
| 培训类型  (可多选) | 体育类□ 文化艺术类□ 科技类□ 其他类□  培训内容： | | | | | |
| 培训对象 | 3至6岁学龄前儿童 □ 义务教育阶段学生□ 高中学生□ | | | | | |
| 举办者或投资人姓名 |  | 身份证  号码 |  | | 联系方式 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证  号码 |  | | 联系方式 |  |
| 主要负责人 |  | 身份证号码 |  | | 联系方式 |  |
| 经对 （举办者）申请设立非学科类校外培训机构的材料进行审核、现场评估并按规定进行公示，该机构符合办学要求，同意开展 培训业务。  有效期： 年 月 日至 年 月 日。  （行业主管部门盖章） （教育局盖章）    批准日期: 年 月 日 | | | | | | |