

附件 2

北京市高技能人才研修项目培训计划

承办单位(盖章)

申请时间： 年 月 日

研修项目名称									
承办单位					项目负责人		联系电话		
研修起止时间		年 月 日 至 年 月 日			总课时		学员人数		
研 修 计 划	日期	时间	课程名称/研修主题	授课教师	授课地点	授课类型	授课形式	课时	备注
	xx 月 xx 日	00:00 至 00:00		授课教师与 实施方案不 一致,需在备 注说明理由		集中授课/参观 考察/交流研讨	线上/线下		

学 员 名 单	序号	姓名	身份证号	工作单位	岗位	职业（工种）	技能等级	联系电话
								