附件：

“职业院校学生信息化职业能力提升和认证” 项目院校教师ICDL课程培训报名表

省（自治区、直辖市） 院校名称：

课程培训联系人姓名： 电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **培训内容** | **参培教师姓名** | **性别** | **职务** | **职称** | **电话** | **邮箱** | **备注** |
| **高级文字处理、高级试算表、高级演示文稿** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3D设计** |  |  |  |  |  |  |  |
| **咨询安全、项目策划、数字营销、教育ICT** |  |  |  |  |  |  |  |