附件1

**2024年师范类专业认证计划申请表**

学校名称： （盖章） 联系人： 电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **排序** | 所属专业类（按本科专业目录填） | **学校** | **专业** | **认证级别** | 拟考查时间（具体到日） | 考查方式（此栏不填） | **专业联系人** | **电话** | **信箱** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1.务必对申请专业进行排序；2.考查时间按“每校每年开展一次进校考查”原则填写； 3.备注栏填写学校本年度除师范类专业认证外，其他本科专业认证类别和时间，没有则填无。