

教师教育技能训练中心教室使用预约单

姓名	院部	预约使用时间
		年 月 日 节—— 节
用途		
外带设备情况		
二级单位审批意见： 单位负责人签字（公章）： 年 月 日		
教师教育技能训练中心审批意见： 同意使用 教室。 负责人签字： 年 月 日		
教师教育学院审批意见： 签字（公章）： 年 月 日		

注：

1. 预约使用时间为法定工作日，请至少提前两天进行预约。
2. 为确保不与正常教学时间冲突，请将预约时间具体到课节。
3. 为不影响后续正常教学使用，请您在预约使用完毕后将教室桌椅恢复原样。