**昆明医科大学公共卫生学院智慧教室使用申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部门 |  | 教师  姓名 |  | 联系  电话 |  |
| 申请  理由 |  | | | | |
| 使用  时间段 |  | | | | |
| 申请部门意见  （部门负责人签字/签章） | 年 月 日 | | | | |
| 教学办意见 | 年 月 日 | | | | |
| 学院意见（主管教学副院长签字） | 年 月 日 | | | | |
| 注意事项： | 1.申请表中所填内容必须真实，若发现弄虚作假者，学院将追究相关人员责任。教室内只可开展教学活动及学生活动、教学讲座，严禁进行非法活动；  2．申请使用内容与学校规定不相符的不给予受理， 使用多媒体教室的师生必须服从管理人员的安排，不得自行操作有关设备。  3．教室使用过程中，不得搬动桌椅、不得布置教室、不得损坏教室设施等，如有特殊需要请与教室管理员沟通。  使用人签名  年  月  日 | | | | |