附件1

# 四川省高职学校诊改复核计划申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名称 | | （盖章） |
| 接受评估时间 | |  |
| 拟申请诊改复核时间 | |  |
| 是否为省级优质高职学校 | |  |
| 分管校领导 | 姓名 |  |
| 手机/办公电话 |  |
| 部门负责人 | 姓名 |  |
| 职务 |  |
| 手机/办公电话 |  |
| 工作联系人 | 姓名 |  |
| 手机/办公电话 |  |

注：请学校负责诊改工作的相关人员加入“四川高职诊改群”（QQ群号：377139271）。