

合肥学院

2020年度合肥市中小学教师集中培训

开班通知

各县（市）区教育局主管部门、各位学员、有关学校：

根据 2020 年合肥市中小学教师集中培训工作计划，决定 2020 年度合肥市中小学教师集中培训于 10 月 24 日正式启动，每批次培训 4 天，每天授课时间为上午：9：00-11：30，下午 1：30-4：00，请每天提前半小时签到。现将有关安排通知如下：

第一批次培训时间：

2020 年 10 月 24 日、25 日、31 日、11 月 1 日，报到时间：10 月 24 日上午 8：00-9：00；

培训学科及培训地点：

1. 初中语文、小学英语、初中道法（含小学道法和心理健康）：
合肥学院黄山路校区（黄山路 373 号）。

2. 小学语文：合肥学院南艳湖校区一期致用礼堂（地址：始信路耕耘路交口耕耘路往西 50 米，请从耕耘路门进入，右手边第二



栋即是)。

第二批次培训时间:

2020年11月7日、8日、14日、15日, 报到时间: 11月7日上午8:00-9:00;

培训学科及培训地点:

1. 初中物理、化学、生物、历史、地理、小学科学(含综合实践): 合肥学院黄山路校区(黄山路373号)。

2. 小学数学: 合肥学院一期致用礼堂(地址: 始信路耕耘路交口耕耘路往西50米, 请从耕耘路门进入)。

第三批次培训时间:

2020年11月21日、22日、28日、29日, 报到时间: 11月21日上午8:00-9:00;

培训学科及培训地点:

中小学音乐、体育、美术: 合肥学院黄山路校区(黄山路373号)。

第四批次培训时间:

2020年12月5日、6日、12日、13日, 报到时间: 12月5日上午8:00-9:00;

培训学科及培训地点:

初中英语、数学、中小学信息技术: 合肥学院黄山路校区(黄山路373号)。



1. 按时参训。参训学员要合理地安排工作、学习和生活，按时完成学习任务。参训名单上报后，原则上不得请假；如遇特殊情况需要请假，由学员撰写请假条，学校签署意见后，向各县区教体局书面请假，请假条交各班级负责人。学习期间，不得携带家属（包括子女）。

2. 做好疫情防控。学员报到时，需自行正反面打印并填写《参训人员动态健康登记表》《参训人员行程报告单》（见附件），提交至报到处。参训期间，按照疫情防控要求佩戴口罩，请自行准备。

3. 遵守培训纪律。参训学员要严格遵守培训班纪律，认真学习，积极参加交流活动。旷课1次，迟到、早退、缺课2次及以上或无故不参加学习、不遵守培训纪律的，将通报批评，并不发放结业证书。

附件：

1. 参培人员动态健康登记表
2. 参培人员行程报告单

合肥市专业技术人员继续教育合肥学院基地

合肥市中小学教师培训基地

合肥学院基地
2020年10月20日



附件 2:

2020 年度合肥市中小学教师学科集中培训 参培人员行程报告单

姓名: 培训班级: 培训时间:

1. 本人近 14 天旅行史情况:

境外 北京 省外 (不含境外和北京) 青岛 无上述情况

2. 本人家属 (含共同生活的亲属) 近 14 天旅行史情况:

境外 北京 省外 (不含境外和北京) 青岛 无上述情况

3. 本人近 14 天接触史情况:

境外 北京 省外 (不含境外和北京) 青岛 无上述情况

4. 本人家属 (含共同生活的亲属) 近 14 天接触史情况:

境外 北京 省外 (不含境外和北京) 青岛 无上述情况

5. 本人自 9 月 30 日以来北京新发地批发市场、京深海鲜市场等北京农贸市场或青岛旅行史情况:

有旅行史 无旅行史

6. 本人自 9 月 30 日以来与北京新发地批发市场、京深海鲜市场等北京农贸市场或青岛相关人员接触史情况:

有接触史 无接触史

7. 本人家属及共同生活的亲属自 9 月 30 日以来北京新发地批发市场、京深海鲜市场等北京农贸市场或青岛旅行史情况:

有旅行史 无旅行史

8. 本人家属及共同生活的亲属自 9 月 30 日以来与北京新发地批发市场、京深海鲜市场等北京农贸市场或青岛相关人员接触史情况:

有接触史 无接触史

本人自愿承诺, 以上情况如有瞒报、谎报, 造成新冠肺炎疫情传播的, 一经查实, 由本人承担相应的法律责任和经济责任。

承诺人签字:

身份证号:

填写日期:



扫描全能王 创建

附件 1:

2020 年度合肥市中小学教师学科集中培训

参培人员动态健康登记表

姓名:

培训班级:

培训时间:

(填写说明: 本表记录学员由开班两周前至开班当日的健康状况, 下列情况如有在□打√, 无打×)

| 日期 | 当日症状 | | | | 接触情况 | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 发热 | 咳嗽 | 乏力 | 腹泻 | 与感染者 密切接触 | 与中高风险地区 人员密切接触 | 与入境来皖(回皖) 人员密切接触 |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| __月__日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

