**调整申请**

**省1+X证书制度试点工作协调推进办公室：**

 (学校)，因 （原因），现申请调整。调整方式如下：原考核计划：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 证书名称 | 证书级别 | 证书批次 | 批准人数 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |

申请考核计划调整为：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 证书名称 | 证书级别 | 证书批次 | 批准人数 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |

学校联系人姓名及电话：

 校级主管部门负责人签字：

 校级主管部门盖章（或校章）

 年 月 日

以PDF或图片方式发送至ahxzsbgs@126.com