信息技术中心录播教室使用审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请场地：     □智慧教室            □高清录播教室 | |
| 使用事由： | |
| 课程名称： | |
| 录课教师： | 录制时长： |
| 联系方式： | |
| 其他需求： | |
| 使用部门意见：  部门领导签字 ：  （公章）         年   月   日 | |
| 分管校领导意见：  分管校领导签字：  年   月   日 | |
| 信息技术中心意见：  同意该同志    年   月   日   时至    时使用 □智慧教室 □高清录播室设备，请        同志负责操作和管理。  信息技术中心领导签字 ：  （公章）         年   月   日 | |
| 注:  1.录播教室的使用须提前3天预约，由使用部门填写此表,经使用部门、分管校领导和信息技术中心批准后方可使用，此表交由信息技术中心留存。  2.请录课教师提前学习“福州职业技术学院精品资源录制及管理规范”，并做好相关准备工作。 | |