

录播教室使用申请表

申请部门		授课教师		联系电话	
申请教室类型	<input type="checkbox"/> 实景录播教室(人数<48) <input type="checkbox"/> 虚拟录播教室 <input type="checkbox"/> 自助录播教室				
录制时间	年 月 日 星期_____ 第_____节				
课程名称					
课程用途					
使用部门 领导意见	签名（盖章）： 年 月 日				
教育技术中心 领导意见	签名（盖章）： 年 月 日				
录制安排时间	年 月 日 星期_____ 第_____节				
备注					

- 为避免出现课件兼容问题，使用虚拟录播教室的老师请自行携带笔记本电脑和空U盘。
- 首次参与录制的老师请下载《精品课程录播中心录制注意事项》。
- 请各位老师提前将本表填写完整送往中心。
- 联系电话：0538-6229869 0538-6229865 0531-59556215