附件5：

**2023年马术项目马匹护理师培训考核承办单位申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位名称（各省市体育局、省级单项协会、各俱乐部）： | |
| 申报单位地址： | |
| 申报联系人： | 联系电话： |
| 申报单位拟承办培训考核地点名称及地址： | |
| **承考项目** | **计划培训考核时间** |
| 马匹护理师（最低30人开班） | 2023年\_\_月\_\_日—2023年\_\_月\_\_日 |
| ※请申报单位如实填写本表，并与申报材料一并提交至中马协官网通知中指定的邮箱（扫描件）与地址（原件），如有发现虚假申报材料，将取消承办单位申报资格。  申报单位（盖章） 日期： 年 月 日 | |