附件1

**教学组团教室内录像拷贝申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 申请日期 |  |
| 联系方式 |  | | |
| 拷贝录像教室号及时间段 | |  | |
| 学院（部门）意见：  签名（签章）： | | | |
| 录像拷贝执行人签名：  拷贝日期： | | | |
| 录像拷贝文件接收人签名：  接受日期： | | | |
| 备注: | | | |