



WISPAD 研讨会申请表填写说明

感谢您填写这份WISPAD项目申请表。本表预计填写时间为20分钟。请对表中的所有问题做出答复；只有在本申请表完全填写完成后，才能进行审核。请填写本表，以电子方式保存，并以电子邮件附件方式发送至相关部门，邮箱地址为 admissions@wispad.org。

姓 _____ 名 _____ 性别 ☐男 ☐女

用于胸卡的昵称/别名 _____ 英文名 _____

出生地 _____ 国家 _____ 省/直辖市/自治区 _____ 市/县 _____

国籍 _____ 出生日期 _____
年 - 月 - 日

常用电子信箱 _____ 手机 _____

请在列表中选择您所申请参加的具体研讨会及日期：

学术/职业背景及英语水平

在本节中，您会看到评估您的背景、专业知识和语言能力所需的一系列重要问题。请按说明在方格内做出标记或在空白处填写。

当前及以往教育水平

本科专业 _____ 硕士专业 _____ 博士专业 _____

大学 _____ 大学 _____ 大学 _____

毕业时间 _____ 毕业时间 _____ 毕业时间 _____
年 年 年

工作经验

组织/公司 _____ 头衔/职务 _____ 自 _____ 至 _____
年 - 月 年 - 月

组织/公司 _____ 头衔/职务 _____ 自 _____ 至 _____
年 - 月 年 - 月

组织/公司 _____ 头衔/职务 _____ 自 _____ 至 _____
年 - 月 年 - 月

请估算下您的职业生涯总年数： _____

英语水平

请选择您在以下方面的英语水平：听力口语阅读

组织信息

在本节中，您会看到有关您所属组织的信息以及您在该组织内所处职务方面的一系列问题。
请按说明在方格内做出标记或在空白处填写。

您在组织中的职务

您当前的头衔或职务：所属分部或部门：

您的职务符合以下哪些职能说明？请按住键盘上的“Ctrl”键选择所有适用职能。

其他（请具体说明）：

关于您的组织的基本信息

组织名称（中文）

英文名称（如适用请填写）

组织地址

省市/区街道号邮编

组织主页电话

关于您的组织的具体信息

保密：您在下文提供的信息将仅由相关审核部门使用。

您是否是首席执行官

☐是☐否

您是否是创始人

☐是☐否

请标明您的组织所属的子行业：

组织创建时间年

全职员工数

兼职员工数

志愿者数（概数）

其他子行业（请具体说明）

请给出您的组织的进一步信息

请简要说明您的组织的主要目标。如有可能，请列出愿景和使命宣言。

您认为您的组织目前正在面对的，最重要的战略方面和营运方面的挑战和机遇分别是什么？

您参加研讨会的总体目标有哪些？请列出与您的组织发展或个人职业发展有关的目标。

请回答关于出席和参与研讨会项目的下列问题

WISPAD研讨会提供的培训能为您在组织中的工作和表现提供哪些帮助？

您是否可以确保全程出席您所申请WISPAD研讨会？

☐ 不能确保

☐ 可以确保

请简要说明您如何获知WISPAD研讨会，如经人推荐请写出推荐者的姓名或组织

补贴后的研讨会费用

得益于 WISPAD 合作伙伴的慷慨支持, 补贴后的研讨会费用将按照如下标准:

所有组织的研讨会费用					
		组织注册地			
		境外	中国一线城市	中国二线城市	中国三线及三线以下城市
组织类型	营利组织/个人	¥5,600			
	基金会, 公共机构, 跨国组织	¥3,000			
	社会企业	¥3,000	¥2,700	¥2,600	¥2,600
	民办非企业	¥2,700	¥2,500	¥2,200	¥1,700
	社会团体	¥2,600	¥2,400	¥1,800	¥1,100
特殊组织研讨会费用*					
		组织注册地			
			中国一线城市	中国二线城市	中国三线及三线以下城市
组织类型	社会企业		¥1,900	¥1,800	¥1,800
	民办非企业		¥1,800	¥1,500	¥1,200
	社会团体		¥1,700	¥1,300	¥800

*中国本土组织, 其主要项目直接服务于贫困人群, 且无外部培训资金支持.

费用支付

一旦您被某一项目接收, 您将收到官方接收函和对应研讨会的账单。请于收到账单 **7** 日内支付补贴后的研讨会费用。如果在收到接收函后 **2** 周内研讨会就将召开, 请于收到账单当日完成支付。您可以通过支票, 电汇, 或存款的方式支付您的 WISPAD 项目费用, 我们将提供正式机打发票。付款详情请见账单。

取消参与

在被正式接收并已付款后, 如果您需要取消您参与的任何项目, 请在该研讨会召开 **10** 天前以邮件方式提交退出申请, 以获得全额退款。鉴于参与研讨会的需求量大, 若提交退出申请的时间距研讨会开始少于 **10** 天, 将无法获得退款。

额外的资金考量

◇ 参与WISPAD 研讨会的全款价格为每人 **5600** 元。

◇ 如果您或您的机构能够支付参与研讨会的全款或高于补贴后价格的费用, 您将会帮助 WISPAD 继续在中国开展并推广高质量的服务。

◇ 鉴于 WISPAD 对支持中国社会领域发展的决心, 我们希望费用方面的考虑将不会成为任何一位合格候选人参与研讨会的阻碍。

机构的预算

请说明您所在机构的年度总预算金额(人民币)。

请说明您所在机构的年度培训预算金额(人民币)。

以上提供的信息均为真实信息, 且我已阅读并同意关于费用支付和取消参与的所有条款规定。

姓名: _____

日期: _____

年 - 月 - 日

感谢您填写本申请表。请将其以电子邮件附件形式发送至我们的招生部, 邮箱地址: admissions@wispad.org