附件

自治区职业学校混合所有制改革试点项目

申报方案

试点项目：

学校（盖章）：

社会资本方（盖章）：

主管部门（盖章）：

学校地址：

项目负责人： 职务：

联系电话：

项目联系人： 职务：

联系电话：

年 月 日