附件1

职业卫生技术服务机构专业技术人员培训考核报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（彩色免冠2寸） |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 所学专业 |  | 学 历 |  |
| 职 称 |  | 从事本专业工作年限 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| **培训类别：**□职业卫生评价　　　□职业卫生检测 |
| **教育经历** |
| 起止时间 | 毕业院校 | 所学专业 |
| 年 月－ 年 月 |  |  |
| 年 月－ 年 月 |  |  |
| **相关工作经历** |
| 起止时间 | 工作单位 | 工作内容 |
| 年 月－ 年 月 |  |  |
| 年 月－ 年 月 |  |  |
| **需提供的其他证明材料：**（1）身份证复印件；（2）毕业证书或技术职称证书复印件；（3）近期2寸彩色免冠照片2张。 |
| **申请人声明**本人保证申请表中所述内容及所提交材料真实。申请人（签名）：年 月 日 |
| **单位意见：**（盖章） 年 月 日 |

附件2

职业卫生技术服务机构专业技术人员培训考核报名汇总表

单位名称（盖章）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　负责联系人：　　　　　　　　联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 培训类别 | 所学专业 | 学历 | 职称 | 工作年限 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（可另加页）

注：1. 培训类别：职业卫生评价；职业卫生检测。

2. 工作年限：指从事职业卫生相关工作年限。