**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 | 拟报班期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（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。