**附件1**

**职业卫生技术服务机构技术服务能力提升研讨班报名汇总表**

单位名称（盖章）： 负责联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 所学专业 | 学历 | 职称 | \*工作年限 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |