附件3

**专业技术人员能力考核报名汇总表**

单位名称（盖章）： 考核时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 考核类别 | 所学专业 | 学历 | 职称 | 工作年限 | 手机号码 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

联系人： 联系电话： 联系邮箱：

（可另加页）

注：1.考核类别：评价方向、检测方向。

 2.工作年限：指从事职业卫生相关工作年限。