附件1

职业卫生技术服务机构专业技术人员能力考核报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 近期彩色免冠2寸照片 |
| 身份证号 |  | 出生年月 |  |
| 所学专业 |  | 学 历 |  |
| 职 称 |  | 从事职业卫生相关工作年限 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| **考核专业方向：**  □职业卫生评价  □职业卫生检测 □放射卫生检测与评价 |
| **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** |
| 工作单位 | 起止时间 | 工作岗位 | 工作年限（准确到月数） |
| (1) |  |  |  |
| (2) |  |  |  |
| (3) |  |  |  |
| **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）劳动合同、社保证明复印件。 |
| **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、合法、有效，并对其真实性、合法性承担相应法律责任。申请人（签名）：年 月 日 |
| **单位意见：**（盖章）年 月 日 |

注：从事职业卫生相关工作年限指相关工作经历中各工作年限之和。