附件2

职业卫生技术服务机构专业技术人员能力考核报名汇总表

参加考核单位名称（盖章）： 通讯地址：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **出生年月** | **学历** | **毕业时间** | **所学专业** | **技术职称** | **现岗位** | **从事技术工作时间** | **考核方向** | **联系电话** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填写说明：  1.技术职称一栏，请注明详细职称，如：工程师、检验师、医师等；  2.“现岗位”包括：检测技术负责人、评价技术负责人、质量控制负责人、评价、检测、质量控制、卫生工程人员等。  3.从事技术工作时间：指从事职业健康检测与评价技术工作时间；  4.考核方向：填写”评价“、”检测“或“放射”。 | | | | | | | | | | | | | |

联系人： 联系电话： 邮箱：