附件一

**报 名 回 执 表**

**（职业卫生技术人员培训班）**

单位名称： 日期：

填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 证书编号 | 证书有效期 | 评价/检测 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |

承办单位：大连安全科学研究院职业培训学校

联系电话：隋旭，13840421833，0411-62280430（可传真）

杜旭，13478552408，0411-62280402（可传真）

郑欣悦，15524585001，0411-62280435

培训班电子邮箱：tlsafetypx@163.com