附件三

学员信息表

（用人单位职业健康培训班）

用人单位（公章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 （彩色2寸） |
| 身份证号 |  |
| 工作单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 培训类别 |  □初次培训 □继续教育培训 |  □负责人 □职卫管理员 □接害劳动者 |
| 职务/岗位 |  |
| 接触职业病危害类型 |  |
| 学历专业 |  |
| 职称或其他资格 |  |
| 联系方式 | 电话： 电子邮箱： |
| 身份证正面粘贴处： | 身份证反面粘贴处  |