附件一

**报 名 回 执 表**

**（职业卫生技术人员继续教育培训班）**

单位名称： 日期：

填表人： 联系电话： 电子邮箱：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 联系电话 | 评价方向 | 检测方向 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |

主办单位：大连安全科学研究院、中安力盾（沈阳）职业培训学校有限公司

 附件二

**学员信息表**

**（职业卫生技术人员继续教育培训班）**

推荐单位（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 |  □职业卫生评价与检测（检测方向） □职业卫生评价与检测（评价方向） |
| 学历专业 |  |
| 职称或其他资格 |  |
| 联系方式 | 电话： 电子邮箱： |
| 培训时间 |  年 月 日— 年 月 日 |
| 身份证粘贴处： | 第二张照片粘贴处  |

主办单位：大连安全科学研究院、中安力盾（沈阳）职业培训学校有限公司

附件三

**汇款信息/开具发票/证书邮寄登记表**

**注意：请务必认真、工整填写！合开发票请将所有姓名填入，单独开发票请每人填写一张此页！**

**姓名（必填）：**

|  |
| --- |
| **学费汇款信息** |
| 帐户名： |
| 账号： |
| 开户行： |
| **开具增值税发票信息** |
| 发票类型（必填） | □普票（培训结束前发放）□专票（税务局代开，一个月内发到付邮件） |
| 发票名头（必填） |  |
| 税号（必填） |  |
| 地址 |  |
| 电话 |  |
| 开户行 |  |
| 账号 |  |
| **发票邮寄信息** |
| 通讯地址 |  |
| 收件人、联系电话 |  |
| 其他要求 |  |
| **培训证书邮寄信息（必填）** |
| 通讯地址 |  |
| 收件人、联系电话 |  |
| 其他要求 |  |