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 | | |