附件二

报 名 汇 总 表

（用人单位职业健康培训班）

单位名称： 日期：

填表人： 联系电话：

意向培训方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | 人员类型 | 培训类型 |
| 1 |  |  |  | 负责人职卫管理员接害劳动者 | 初次培训继续教育 |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |