**附件1：**

 **（培训项目名称）参培人员汇总回执表**

**联络人： 联系电话： 微信： 填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位** | **姓名** | **性别** | **培训对象** | **所属****行业** | **身份证号码** | **电话号码** | **微信号** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：1、培训对象和所属行业针对职业卫生管理人员培训项目需要填写，其他培训项目不用填写；**

**2、培训对象请填写单位主要负责人或者职业卫生管理员**