附件：

授权签字人培训报名回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称： （共 人）** | | | | | | | | | |
| **填写要求：每一项都要填写，填完后请认真核对姓名、工作单位（请与单位公章名称保持一致），填写负责人、负责人联系电话（以便于联系各检测机构）、负责人邮箱（以便于发送培训通知、电子发票等至各检测机构）、纳税人识别号（以便于正确开具发票）。核对无误后请发送至suyuanpeixun@126.com邮箱。** | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **手机号** | **工作单位** | | **学历** | | **专业** | **本专业工作年限** | **备 注** |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 负责人 | |  | | 联系方式 | |  | | | |
| 负责人邮箱 | |  | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | |

附件：

**检验检测机构授权签字人能力提升培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 身份证号 | | |  | | | | 贴照片 |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | | |  | |
| 联系方式 | 电话： 手机: 电子信箱： | | | | | | | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | 学历 | | |  | | | 毕业  时间 | |  | |
| 培训类别 | □授权签字人能力提升培训 | | | | | | | | | | | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 申请人  所在单  位意见 | （签章）  年 月 日 | | | | 审  批  意  见 | | | （签章）  年 月 日 | | | | | |