|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **宁夏回族自治区安全生产和职业健康培训申请表** | | | | | | | | | | |
| **行业类别：** | 一般生产经营单位 | | |  | **从业类别：** | | | | 主要负责人 |  |
| 姓 名 | 侯正平 | 性 别 | 男 | 身份证号 | | | 640103196702041511 | | | ICON\_C |
| 民 族 | 汉 | | 职务 | 总经理 | | | 职称 | |  |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 | | |  | | |
| 学 历 | 专科或同等学历 | | 从事安全生产 | | |  | | | |
| 工作时间 | | |
| 工作单位 | 宁夏佳利源生物科技有限公司 | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | 联系电话 | | | 18909509553 | |
| 所在单位 审核意见 |  | | | | | | | | | |
| 负责人（签字）（盖章） | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 考试成绩 |  | | | | | | | | | |
| 考试机 构意见 |  | | | | | | | | | |
| 负责人（签字）（盖章） | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 颁证机 构意见 |  | | | | | | | | | |
| 负责人（签字）（盖章） | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 发证时间 |  | | | | 证书编号 | | |  | | |

身份证复印件

|  |
| --- |
| ICON\_A  ICON\_B |

学历证书复印件

|  |
| --- |
| CERTIFICATE |