

2019年放射卫生技术服务机构专业技术人员培训考核汇总表

单位名称：_____ 所在市：_____ 通讯地址：_____ 邮编：_____

序号	姓名	性别	身份证号码	职称/职务	是否新进人员	联系电话	邮箱/QQ/微信	联系人
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

*：如果单位人员超过1人，请明确1名联系人，在联系人栏里画“√”，新进人员打在栏内画“√”，非新进人员在栏内写末次培训证号。