附件:

佳木斯市工伤预防专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸近期免冠彩色照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 | |  | |
| 参加工作时间 |  | 籍 贯 | |  | |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | |
| 所在单位 |  | | | | | |
| 所从事专业  及年限 |  | | | | | |
| 职 务 |  | 专业技术职称 | |  | | |
| 联系方式 | 办公电话 |  | | 家庭电话 | |  |
| 手机号码 |  | | 电子邮箱 | |  |
| 单位地址 |  | | | 邮 编 | |  |
| 学习经历 |  | | | | | |
| 受过何等奖励 |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 从事工伤预防相关工作经历（何时、何地，在何单位从事过工伤预防、财务管理、职业卫生、安全生产等相关工作） |  |
| 个人(自荐)意见（是否愿意成为工伤预防专家并积极参加相关工作） | 本人签名：  年 月 日 |
| 所在单  位意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 工伤预防联席会议审批意见 | （盖章）  年 月 日 |

备注：1.本表一式三份，联席会议办公室、单位、个人存一份。

2.请按表格内容如实填写电子版。