附件1

山东省工伤预防专家库专家申报表

拟报专业组： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 民 族 |  | |  |
| 身份证号 | |  | | 出生年月 |  | | |
| 工作单位 | |  | | 职 务 |  | | |
| 社会兼职 | |  | | 健康状况 |  | | |
| 学历 | |  | 职称 |  | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | 所学专业 |  | | |
| 主要  从事  专业 | 1 |  | | | 熟  悉  专  业 | 1 |  | |
| 2 |  | | | 2 |  | |
| 3 |  | | | 3 |  | |
| 4 |  | | | 4 |  | |
| 单位地址 | |  | | | 移动电话 |  | | |
| 家庭地址 | |  | | | 办公电话 |  | | |
| 个人邮箱 | |  | | | 紧急电话 |  | | |
| 工作  简历 | |  | | | | | | |
| 主要业绩（300字以内） | | | | | | | | |
| 专家本人意见  签字： 年 月 日 | | | | | 专家所在单位意见  单位盖章（签字） 年 月 日 | | | |
| 业务处室审核意见：  单位盖章（签 字） 年 月 日 | | | | | 审批意见：  单位盖章（签字） 年 月 日 | | | |