## 健康服务业岗位能力培训证书制作审批表

|  |
| --- |
| 一、培训项目合作单位填写 |
| 职业（岗位）名称 |  | 培训时间 |  |
| 培训项目合作单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 本次培训地点（详细地址） |  | 联系电话 |  |
| 参加培训人数 |  | 参加考试人数 |  |
| 考试合格人数 |  | 证书批次号 |  |
| 费用 | 学员收费（元/人） |  | 技术服务费（元/人） |  |
| 本次缴纳费用合计 |  |
| 培训项目合作单位负责人（签名及联系电话） |  | 培训项目合作单位（盖章） |  |
| 二、审批 （以下内容由项目管理办公室填写）  |
| 项目 | **内容** | **初审人签字** |
| 电话回访初审 | 1、培训名称、时间、地点及加盟单位是否一致 |  |
| 2、是否按照标准收费 |
| 申报材料初审 | 1、培训单位是否与备案加盟单位一致 |  |
| 2、学员花名册及电子版内容是否齐全 |
| 3、系统中证书样式是否自动生成 |
| 4、培训班抽查情况是否属实 |
| 复审： | 财务审核： |
| 终审： |
| 三、证书制作  |
| 接收材料时间 |  | 制证时间 |  |
| 证书编号 | 开始： 结束： |
| 证书序列号 | 开始： 结束： |
| 证书交付时间 |  | 负责人（签字） |  |
| 四、备注 |