## 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 | | | | | | | |