**附件一 2024年“电感耦合等离子体原子发射光谱分析技术、**

**电感耦合等离子体质谱分析技术”能力提升班报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | |
| **邮寄地址** |  | | | | | |
| **姓名** | **性别** |  | **职务/职称** | **联系电话** | **电子邮箱** | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| **班次** | **CSTM/NTC技术(技术培训+能力认定)技术** | | **培训时间** | **是否住宿** | **是否合住** | **离店日期** |
| **RY2024-11**  **西安** | ATC001 | 电感耦合等离子体原子发射光谱分析技术 | 11月5日-8日 | □是  □否 | □是  □否 |  |
| ATC017 | 电感耦合等离子体质谱分析技术 |
| **开票要求** | | **费用类型（二选一）：**□ 培训费 □ 会议费  **发票类型（二选一）：**□ 增值税专用发票 □ 增值税普通发票 | | | | |
| **开票信息**  **（必填）** | **（普通发票仅需填写单位名称、纳税人识别号）**  单位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  纳税人识别号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  地址、电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  开户行及账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **支付方式** | □个人对公汇款， □公对公汇款， □现场支付-支付宝  注：现在仅支持线上转账支付，不支持现金支付。**请在提交此回执表后及时付款，汇款后请提供汇款凭证。** | | | | | |
| **推荐人** |  | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | |

**附件二**

归档编号

CSTM/NTC 试验人员考核申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | 出生日期 | | |  | 正面免冠  彩色照片  (1寸) | |
| 学 历 |  | | 民 族 | |  | | | 健康状况 | | |  |
| 毕业院校 |  | | | | | | | 专 业 | | |  |
| 技术职称（含专业） | 专业: 级别: | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | 职 务 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话（固定） |  | | | | | | | 传 真 | | |  | | |
| 手 机 |  | | | | | | | E-mail | | |  | | |
| 国家承认的教育经历 | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 所学专业 | | | | | 毕 业 院 校 | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |
| 申请人所申请专业技术能力范围的工作经历  （请针对所申请专业技术能力范围详细填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 工作单位 | | | | 部门及职位 | | | | 主要工作内容/工作职责描述 | | | 证明人及联系电话 |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | | |  |
| 拟申请考核的技术  **1）技术项目请按照“通用理化性能分析检测能力的技术分类”相应代码填写；**  **2）技术考核费 用按CSTM/NTC项目分别收取，每项技术收取成本费500元/人；**  **3）参加考核的分析检测人员，需具有大专以上国家承认的学历或者相关再教育经历；从事所申请专业技术能力范围的工作，并有相关实验、仪器设备操作经历；**  **4）参加近三年实验室能力验证或测量审核，并获得满意结果的学员，可免于相关技术实际操作和试验结果考核（需提供相关证明材料，如：《能力验证技术结果通知单》或《测量审核结果报告表》复印件）；** | | | | | | | | | | | | | | |
| 技术代码 | | 涉及领域 | | 从事该项技术工作年限 | | | | | 相关实验、仪器设备名称及型号 | | | 相关标准 | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | | | |  | | |  | | |
| 填 表 说 明  （请仔细阅读填表说明并按要求提供相关证明文件）   1. 请申请人按照申请表的各项要求如实、完整地填写申请表格； 2. **申请人需随本表提交彩色照片（1寸）1张；** 3. 如有关内容填写不下时，请自行附页，但须在相应表格中注明且格式与本表的相应内容   一致。   1. 本填表说明可删除； 2. CSTM/NTC联合秘书处联系方式   地址：北京市海淀区高梁桥斜街42号院1号楼2层1-227号  电话：010-61196628 | | | | | | | | | | | | | | |