

达州市长天技能培训有限公司

达市长天司培[2023]92号

达州市长天技能培训有限公司 关于举办**2023年10月**职业健康培训班的通知

各有关企业：

为增强各企业管理人员的职业健康意识，进一步提升我市企业职业健康管理水平，根据《四川省卫生健康委员会关于进一步规范用人单位职业健康培训工作的通知》（川卫函[2020]283号）要求，达州市长天技能培训有限公司（四川省职业健康培训专业委员会副主任单位）决定举办**2023年10月**职业健康培训班（**新训、复训**）。现将有关事项通知如下：

一、培训对象

煤矿、非煤矿山、危险化学品、建筑、交通运输、烟花爆竹、冶金、建材、工商贸易等存在职业病危害因素的用人单位主要负责人和职业健康管理人员。

二、培训内容

培训内容详见《四川省用人单位职业健康培训大纲（试行）》。

三、职业健康培训时间安排

月份	期数	报到时间	培训时间	考试时间
----	----	------	------	------

10月	第11期 (新训、复训)	10月11日	10月12日—9月13日	10月13日 下午14:00-15:30
	第12期 (新训、复训)	10月25日	10月26日—10月27日	10月27日 下午14:00-15:30

(报到时间截止当日17:00,逾期不报)

四、培训费标准及食宿安排

1. 培训费：700元/人(新训)、400元/人(复训)。
2. 食宿费：100元/人/天起。

五、报到及培训地点

达州市通川区通川北路322号中奥酒店(达州市通川区消防大队对面)。

1. 火车站、西客站：乘坐10路、11路公交车到凤翎关公交站下车即到。
2. 南客站：乘坐4路公交车到凤翎关公交站下车即到。
3. 北客站：乘坐11路、24路、36路公交车到凤翎关公交站下车。



六、考试地点

理论考试地点：中奥酒店。

七、培训联系人

招生办公室：邹老师，电话：135 6817 6456

班主任：李老师，电话：180 0818 6966

序号	新训人员	复训人员
1	本人二代居民身份证原件，复印件（本人签字并按指纹确认）	本人二代居民身份证原件，复印件（本人签字并按指纹确认）
2	学历证复印件（本人签字并按指纹确认）	职业健康培训合格证原件
3	任职文件原件（或复印件，在“复印属实”上盖本单位鲜章）	近期1寸正面免冠白底彩色照片1张
4	近期（3年内）工作经历证明（盖本单位鲜章）	提供开票详细信息及纳税人识别号
5	近期1寸正面免冠白底彩色照片1张	
6	提供开票详细信息及纳税人识别号	

八、报到所需资料

九、付款信息

帐户信息	培训费收款账户	食宿费收款账户
户名	达州市长天技能培训有限公司	四川省中奥酒店有限责任公司
开户行名称	达州市工行金龙支行	农行达州达川支行
账号	2317 0168 0902 0028 147	2250 6101 0400 16474

十、证书

1. 证书查询：四川省职业健康培训信息公示平台（<http://116.255.152.85:1859/sczyjk.html>）。

2. 证书管理：根据四川省职业健康培训专委会《关于优化证书式样和公示服务的通知》（川职健培[2023]2号）的要求，自2023年4月1日起实行新的“四川省用人单位职业健康培训证书”的纸质和电子版样式（证书式样见附件），证书有效期为一年。

3. 证书发放：考试合格，上报专委会平台申请证书号，待成功后，电子证书以本人身份证命名发在公司职业健康群自行下载保存。

附：四川省用人单位职业健康培训证书新版样式

四川省用人单位职业健康培训证

证书编号：_____

兹证明_____同志于_____年_____月_____日至_____年_____月_____日参加了_____用人单位职业健康培训_____

完成大纲规定的培训内容，并通过考试。

特此证明

四川省职业安全健康协会
职业健康培训专业委员会
职业健康培训分会

公示查询网站
<http://zyjkgz.czax.org>

扫一扫二维码
查询证书真伪

姓 名 _____

身份证号 _____

单位名称 _____

岗位类别 _____

培训类别 _____

培训单位 _____ (盖章)

发证日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

有效期至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特此通知

达州市长天技能培训有限公司
2023年9月21日



抄送：四川省职业健康培训专业委员会办公室，本公司各领导、各部门。

达州市长天技能培训有限公司综合部

2023年9月21日印发

XXXXXX 公司文件

XXX[2020]X 号

XXXXX 公司 关于 XXX 同志任职的通知

各部门：

经 XXXXX 公司 XXXX 年 XX 月 XX 日公司办公会议研究，决定任命 XXX 同志为 XX。

特此通知

XXXXX 公司（盖章）

年 月 日

XXXXX 公司

关于 XXX 同志工作年限的证明

兹有 XXXXX 公司职工 XXX（身份证号码：XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX），于 XXXX 年 XX 月 XX 日开始在我单位从事职业健康管理工作的属实。

特此证明

XXXXX 公司（盖章）

年 月 日