附件1

职工互助保障“心肺复苏培训”申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 培训地址 |  |
| 参训总人数 |  | 培训班次 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 参训计划（可自行添加） |
| 时 间 | 人 数 |
| 月 日 | 🞏上午🞏下午 |  |
| 月 日 | 🞏上午🞏下午 |  |
| 月 日 | 🞏上午🞏下午 |  |
| 月 日 | 🞏上午🞏下午 |  |
| 月 日 | 🞏上午🞏下午 |  |
| 月 日 | 🞏上午🞏下午 |  |
| 单位意见 | 申请单位（盖章）：工会负责人（签名）： 年 月 日 |
| 中国职工保险互助会青岛办事处会员服务部意见 | □同意 □不同意 负责人（签名）：  年 月 日 |

注：申请单位必须为职工互助保障会员单位。