附件2：

付款回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在设区市 | |  | 付款日期 |  | |
| 到期证书信息 | | 到期证书编号：  有效期截止日期： | | | |
| 开票信息 | | 名称：  纳税人识别号： | | | |
| 收款账户 | | 名称：山东建研科技发展有限公司  纳税人识别号：91370105MA3T6YEJ90  地址、电话：济南市无影山路29号 0531-85595330  开户行及账号：招商银行济南分行营业部 531907187110301 | | | |
| 付款凭证截图：（不方便截图的请付款时备注上“单位名称”，以方便开具发票） | | | | | |
| 姓 名 | 工作单位（如需变更工作单位请注明） | | | 手 机 | 是否住宿 |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 备注 | 培训学习费(含授课费、教材费、会议室场地租赁费、培训证书工本费等费用)按每人880元的标准收取。 | | | | |

**请于12月2日前将本付款回执发送至邮箱714410916@qq.com**

附件3：

参会人员健康筛查信息采集表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 情形  姓名 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 健康码  ①红码  ②黄码  ③绿码 | 14 天内旅居地情况  〔国家、省、设区市及县(市、区)〕 | 居住社区21天内是否发生过疫情？   1. 是 2. 否 | 你本人属于下面哪种情形？  ①确诊病例  ②症状感染者  ③密切接触者  ④以上都不是 | 是否解除医学隔离观察？   1. 是   ② 否  ③ 不属于医学隔离观察对象 | 14 天内有无以下症状？  ①发热②乏力③咳嗽或打喷嚏④咽痛⑤腹泻⑥呕吐⑦黄疸⑧皮疹⑨结膜充血⑩都没有 | 如出现以上所列现症状，是否排除疑似传染病？  ①是  ②否 | 核酸检测结果  ①阳性  ②阴性  ③不需要做核酸检测 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人签字（并加盖单位公章）：\_\_\_\_\_\_ \_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

\_\_ \_\_年\_\_\_\_月\_\_ \_日

附件4：

参会人员健康状况承诺书

为配合“山东省预拌混凝土企业总工、试验室主任和试验室检测及质量控制技术人员换发证书”（继续教育）集中培训班”加强疫情防控，阻断疫情传播，确保所有参会人员健康平安，本人特做如下承诺：

本人14 天内没有出现发热、乏力、咳嗽、咽痛、打喷嚏、腹泻、呕吐、黄疸、皮疹、结膜充血等疑似症状；14天内没有去过境外或国内重点疫区、中高风险地区；没有接触过确诊、疑似病例及来自重点疫区人员、中高风险地区人员。居住社区21天内没有发生过疫情，本人目前无发热、干咳、乏力等症状。

本人自愿承诺，以上情况如有瞒报、谎报，引发的一切后果由本人承担全部责任。(若无异议，请抄写此句并签字，如有特殊情况请注明！)

本人签名：

年 月 日