附件2

一寸免冠

证件照

(用于办证)

全国质量管理小组活动**初级诊断师**注册申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | | 文化程度 |  | 一寸免冠  证件照  (用于存档) |
| 身份证号 |  | | | | 从事质量工作年限 | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | 所在部门 |  |
| 技术职称 |  | | | | 职 务 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 |  | | | | | | 电子邮箱 |  | |
| 参加全国初级诊断师考评 | | 时间 地点 证书编号 | | | | | | | |
| 证  实  性  材  料 | 1. 身份证复印件；  2. 学历证明复印件；  3. 技术职称复印件；  4. 全国质量管理小组活动初级诊断师考评合格证书复印件。 | | | | | | | | |
| 个  人  承  诺 | 本人承诺遵守诊断师行为准则，提供材料属实，如有问题，责任自负。    申请人签名（单位公章）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见  （中国质协） | □ 同意注册 □ 不同意注册  初审人： 日期： | | | | | □ 同意注册 □ 不同意注册  审核人： 日期： | | | |
| 注册证书 | 证书编号 注册日期 | | | | | | | | |

注: 1. 请将此表及相关证实性材料于本年度11月1日至12月31日寄至中国质量协会技术推进部(徐雪梅收)。

地址：北京市西城区中京畿道12号中国质量协会 邮编：100032

2. 申请人需缴纳诊断师服务费100元/人，汇款用途请注明“诊断师服务费”。

**请在邮寄材料的同时附上汇款凭证并写清发票抬头。**

户 名：中国质量协会 银行帐号：0200002809014498969 开 户 行：工商银行北京西四支行

3. 联系人：徐雪梅 曾祯 联系电话：010-66079100/66072791 电子邮箱：qczds@caq.org.cn