附件2：

江苏省机关事业单位工勤人员继续教育汇总表

填报单位（盖章）： 联系人： 联系方式： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作单位 | 姓名 | 出生日期 | 参加工作时间 | 文化程度 | 参加继续教育年度 | 现持证等级 | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：此表由申报人所在部门统一填写。