

安徽正亿安全技术服务有限公司文件

安正亿字[2022] 43号

关于举办黄山区特种作业低压作业、焊接与热切割作业安全技术培训班的通知

各相关生产经营单位、个人：

为加强特种作业人员安全意识教育，推动安全生产源头治理。根据原国家安全生产监管总局30号令《特种作业人员安全技术培训考核管理规定》《安徽省安全生产考试与证书管理实施细则》（皖应急〔2020〕223号）等文件精神，经与黄山区应急局对接并报请市应急管理局同意，决定于8月12日-13日对黄山区辖区内特种作业—低压作业、焊接与热切割作业安全技术培训班进行开班，具体事项安排如下：

一、培训对象

- 电工作业培训班：低压电工作业学员（含新办、复审）；
- 焊接与热切割作业培训班：熔化焊接与热切割作业学员（含新办、复审）。

二、培训方式

采取线上学习与线下集中培训的方式。

1. 线上学习：报名后立即开通线上学习；
2. 线下集中培训时间：8月12日-8月13日，8月12日上午7:30至10:00，进行报名和体检（在太白山庄），10:00准时开课。

三、培训地点

黄山区翡翠路1号，太白山庄（原马钢宾馆）。

四、考试时间

为确保满足培训学时的要求，拟定于8月下旬进行理论考试，具体时间待通知。

五、学员报名所需材料清单

请提前准备以下材料，须在报名时一并提交。（体检表当日填写。）

1. 特种作业申请表一份（见附件一，请自行打印填写）；
2. 身份证复印件一份；
3. 县级以上公立医院体检表一份；
4. 一寸彩照2张；
5. 初中及以上学历证明复印件一份。
6. （复训学员）复审证件复印件一份。

六、收费标准

按相关规定收取费用（含培训费、学习资料费等），培训单位提供发票。

七、联系方式

黄山区应急管理局 许超：0559-8500690

安徽正亿安全技术服务有限公司咨询电话：

张老师：18155971508 童老师：18955906368

八、疫情防控

1、如因疫情影响，集中培训和考试需延后的，另行通知。

2、严格落实政府部门疫情防控要求。培训及考试期间，严格落实体温检测及行程码安康码验证工作，对体温异常的学员予以登记，并即时隔离。不在政府暂停线下培训时间进行集中培训。截至培训开班前，近14天以来有高中风险地区旅居史人员不得参加培训；近14天有市外旅居史的学员需持2日内有效新冠病毒核酸检测阴性证明。要求培训学员须做好个人防护工作，佩戴口罩。培训及考试期间，相互间隔不少于一米，并落实消杀措施。

特此通知

附件：

一、《安徽省黄山市特种作业人员安全技术培训（考试）申请表》；

二、《特种作业人员健康体检表》。

安徽正亿安全技术服务有限公司

2022年8月3日



抄报：市应急管理局，黄山区应急管理

附件一：

安徽省特种作业人员安全技术培训（考试）申请表

姓名		性别		出生年月日		
籍贯		文化程度		参加工作时间		
原操作证类别及取证时间						
申报培训工种及操作范围						
身份证号码						
联系电话				操作证号		
现在工作单位						
单位统一社会信用代码						
证件邮寄地址						
工作简历						
在单位意见	(公章) 年 月 日		体检记录及结论	见附后报告		
培训单位审查意见	(公章) 年 月 日		考核单位意见	(公章) 年 月 日		
考核成绩	理论知识：		实际操作：			
备注：	学员自备一寸照片 2 张和身份证复印件一张附于表后					

安徽省应急管理厅

附件二：

特种作业人员健康体检表

检查日期： 年 月 日

申请人填报事项	姓名		性别		年龄		照片
	文化程度			职业			
	单位						
<p>既往史、家族史： 本人承诺 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 妨碍从事相应特种作业的 <input type="checkbox"/> 器质性心脏病、 <input type="checkbox"/> 癫痫病、<input type="checkbox"/> 美尼尔氏症、<input type="checkbox"/> 眩晕症、<input type="checkbox"/> 瘰病、<input type="checkbox"/> 震颤麻痹症、<input type="checkbox"/> 精神病、<input type="checkbox"/> 痴呆症以及 <input type="checkbox"/> 其他疾病妨碍和生理缺陷。 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 家族遗传疾病史。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签名： _____</p>							
医疗机构填写事项	血压	/ mmHg		心率	次/分		
	身高	cm		体重	Kg		
	上肢	左上肢		下肢	左下肢		
		右上肢			右下肢		
	视力	左眼		是否矫正	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
		右眼			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	辨色力	左眼		听力	左耳		
右眼		右耳					
心、肺			其他				
结论	<p>责任医师签字： _____ (医疗机构盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						