附件1

参加2024年生猪屠宰兽医卫生

检验人员考核名单

单位： 日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 所在屠宰企业名称 | 学历 | 从事生猪屠宰肉品品质检验工作时限 | 手机号码 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话：