附件3

**六西格玛黑带复评申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 国籍 |  | 所在地区 |  | 身份证号 |  |
| 服务单位 |  | 学历 |   | 专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 电话 |  | 手机 |  | E-mail |  |
|  |
| 原黑带证书编号 |  | 原证书有效期 |  |
| 复评项目名称 |  |
| 复评项目实施单位名称 |  |
| 地址、邮编 |  |
| 复评项目实施时间 | 自： | 至： |
| 项目收益 |  |
| 复评项目实施概述（包括使用的工具）： |
| 项目倡导者对黑带项目及申请人的综合评价：签名： 年 月 日 |
| 电话（手机） |  | E-mail |  |
| 服务单位评价意见：本组织已审查申请人在申请中陈述的内容，情况属实，特此声明。如有补充，请详述：单位/部门（签名、盖章） 年 月 日  |
| 联系人 |  | 电话 |  | E-mail传真 |  |
|  |
| 本栏中国质量协会填写 |
| 申请受理日期 |  | 申请未受理通知日期 |  |
| 黑带复评成绩 |  | 复评合议日期 |  |
| 专家意见：签名： 年 月 日 |
| 新证书编号 |  | 日期 |  |