河北省卫生健康行业职业技能鉴定个人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 | |  | | | 性 别 | | |  | | | | （2寸照片） | |
| 本人身份 | |  | | | 出生日期 | | |  | | | |
| 证件类型 | | 身份证 | | | 证件号码 | | |  | | | |
| 手机号码 | |  | | | 是否有医学  背景 | | |  | | | |
| 教育情况 | 文化程度 | |  | 毕业年月 | | |  | 毕业专业 | | |  | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | | | | |
| 报考情况 | 报考职业 | |  | | | | | | | | | | | |
| 报考级别 | |  | | | | | | | | | | | |
| 工作情况 | 工作单位 | |  | | | | | | | 工作年限 | |  | | |
| 从事职业 | |  | | | | | | | 单位地址 | |  | | |
| 工作经历 | 起止时间 | | | 单位名称 | | | | | | | 职务 | | 证明人 |
|  | | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | |  |
| 经本人确定以上信息填写准确无误、真实可靠。  考生签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | 鉴定考点审核意见  印章  年 月 日 | | | | | | | 考区审核意见  印章  年 月 日 | | | | | |

注：工作经历主要填写从事本职业或相关职业经历。