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 | |  | | | 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。

工作年限证明

姓名： ，身份证号： ，现申请参加\_\_\_健康管理师\_\_(职业/工种)\_三\_级职业技能鉴定考试，从事本职业或相关职业工作共 年，工作简历如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 单位名称 | | 单位所在市（或县） | 从事何种  岗位工作 |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 年 月至 年 月 |  | |  |  |
| 本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能鉴定报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，如有虚假，愿意接受被取消申报资格、已参加考试则被取消当次考试所有科目成绩、已获得证书则被注销证书数据检索及职业证书资格的处理。  考生签名：  联系电话：  年 月 日 | | 该考生填报内容真实准确。  单位（盖章）：  经办人：  联系电话：  年 月 日 | | |

注： 1、表格内考生、经办人应签全名，单位应盖章，否则不予受理。

1. 此证明仅作报考卫生健康行业职业技能鉴定考试凭据，不作其他用途。

3、本职业或相关职业是指国家法律或法规允许的医疗服务、社区卫生服务、健康管理、健康教育、健康咨询、康复指导、健康保险咨询等行业。