附件1:

2024年度卫生人才评价考试报名申请表

|  |
| --- |
| 条形码 |

网报号：　　用户名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基**  **本**  **情**  **况** | 姓名 |  | | 性别 | | |  | | 出生日期 | | |  | | | | （照片） | |
| 证件类型 |  | | | | | 民族 | | | | |  | | | |
| 证件编码 |  | | | | | 联系方式 | | | | |  | | | |
| **报**  **名**  **情**  **况** | 档案号  （上一年度考生必填此项） | | | |  | | | | | | | | | | |
| 上年度报考专业及代码 | | | |  | | | | | | | | | 报考科目 | 基础知识 | |  |
| 报考级别 | |  | | 专业代码 | | |  | | | | | | 相关专业知识 | |  |
| 报考专业 | |  | | | | | | | | | | | 专业知识 | |  |
| 现有资格 | |  | | | | | | | | | | | 专业实践能力 | |  |
| 现有资格取得时间 | |  | | | | | | | | | 执业类别 | | |  | | |
| **教**  **育**  **情**  **况** | 最高学历 | |  | | | | | | | | | 学位 | | |  | | |
| 毕业时间 | |  | | | | | | | | | 学制 | | |  | | |
| 毕业学校 | |  | | | | | | | | | 学校备注 | | |  | | |
| 毕业专业 | |  | | | | | | | | | 毕业专业备注 | | |  | | |
| **工**  **作**  **情**  **况** | 单位名称 | |  | | | | | | | | | 单位所属 | | |  | | |
| 单位性质 | |  | | | | | | | | | 从事本专业年限 | | |  | | |
| **申报人员签名** | | |  | | | | | | | | | **现场审核人员签名** | | |  | | |
| **审**  **查**  **意**  **见** | 单位人事部门或档案  存放单位审查意见  印章  年　　月　　日 | | | | | 考点审查意见  考点负责人签章  年　　月　　日 | | | | | | | 人社部门审核意见  负责人签章  年　　月　　日 | | | | |
| **资格考试部门意见** | 经审查，资格考试成绩合格。  经办人签名：（章） | | | | | | | | | **颁发证书部门意见** | 同意颁发资格证书。  经办人签名：（章） | | | | | | |

验证码： 确认考点：

备注：申报人员须仔细核对此表后签字确认，一旦确认不得修改。