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。