**卫生行业职业技能鉴定个人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓名 | | |  | 性别 | | |  | | | 考生照片 |
| 本人身份 | | |  | 出生日期 | | |  | | |
| 证件类型 | | |  | 证件号码 | | |  | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 教育情况 | 文化程度 | | |  | 毕业年月 | |  | | | 毕业专业 |  |
| 毕业院校 | | |  | | | | | | | |
| 工作情况（社会人员填写） | 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 |
|  | |  | | | | |  |  |
|  | |  | | | | |  |  |
|  | |  | | | | |  |  |
| 报考情况 | 报考专业 | | | 健康管理师 | | | | | | | |
| 报考级别 | | | 三级 | | | | | | | |
| 经本人确定以上信息填写准确无误。  考生签字： | | | | | | | | | | | |
| 审查意见 | | 考点审核意见  印章  年 月 日 | | | | 卫生部职业技能鉴定指导中心审核意见  印章  年 月 日 | | | | | |

# **卫生健康行业职业技能鉴定个人申请表（填写参考）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 | | 同身份证 | | | 性 别 | | | 男/女 | | | | （2 寸照片） | |
| 本人身份 | | 社会人员/在校学生 | | | 出生日期 | | | 1985.01.05 | | | |
| 证件类型 | | 身份证、军官证、护照、港澳台身份证 | | | 证件号码 | | | 23010XXXXXXXXX1716 | | | |
| 手机号码 | | 139451XXXXX | | | | | | | | | |
| 教育情况 | 文化程度 | | 中专/大专/ 大学/硕士/ 博士 | 毕业年月 | | | 2008.06 | 毕业专业 | | | 与毕业证同 | |
| 毕业院校 | | 与毕业证同 | | | | | | | | | | | |
| 报考情况 | 报考职业 | | 健康管理师 | | | | | | | | | | | |
| 报考级别 | | 三级 | | | | | | | | | | | |
| 工作情况 | 工作单位 | | 黑龙江省XX健康管理公司 | | | | | | | 工作年限 | | XX（取整年） | | |
| 从事职业 | | 医药、卫生、康复、健康及相关服务 | | | | | | | 单位地址 | | XX市XX区XX路 XX号 | | |
| 工作经历 | 起止时间 | | | 单位名称 | | | | | | | 职务 | | 证明人 |
| 1986.07至2012.12 | | | 黑龙江省XX健康管理公司 | | | | | | | XX | | 写全名 |
|  | | | 从事本职业或相关职业经历，最少填一条 | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | |  |
| 经本人确定以上信息填写准确无误、真实可靠。  考生签名：**手写签名** | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | 鉴定考点审核意见 | | | | | | | 考区审核意见 | | | | | |

注：工作经历主要填写从事本职业或相关职业