**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 | | | 社会人员/在校学生 | 出生日期 |  | | |
| 证件类型 | | | 身份证 | 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 | | | |