附件1

福建省卫生健康行业职业技能鉴定个人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  照 片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 报考专业 |  | 报考等级 |  | 本人身份 |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  | 毕业时间 |  |
| 主要学习经历 | 文化程度 | 毕业院校（专业） | 毕业时间 | 毕业证书编码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 培训情况（非医学背景填写） | 培训机构 |  | 培训学时 |  |
| 主要工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | 职务 | 证明人 |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| — |  |  |  |
| **本人承诺填报的信息完整准确、工作履历真实，如有虚假，愿意接受被取消鉴定资格、已参加考试则被取消所有科目成绩、已获得职业资格证书则被注销的处理。****考生签字：** |
| 审核意见 | 鉴定站审核意见印章年 月 日 | 省鉴定指导中心审核意见印章 年 月 日 |

**备注：：**

1. 个人鉴定申请表由本人逐一如实填写，并签名确认。如有虚假，将给予取消鉴定资格、取消成绩、收回证书等，并按照国家《卫生健康行业职业技能鉴定违规行为处理办法》处理。

2.文化程度填写“初中、高中、技校、中职、大专（高职）、大学本科、研究生、博士”。

3.本人身份填写“社会考生、在校学生”

4.本表一式2份，由鉴定机构保存。