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。