**附件2**

**2020年度卫生人才评价考试申报表**

|  |
| --- |
| **条形码** |

**网报号**： **用户名**：

**验证码**： **确认考点**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓   名 | | |  | | 性  别 |  | 出生日期 |  | | | **照**    **片** | |
| 证件类型 | | |  | | | 民 族 |  | | | |
| 证件编号 | | |  | | | 联系电话  （根据考区要求自行填写） |  | | | |
| **报 考 信 息** | 档案号（上一年度考生必填此项） | | | | | |  | | | | |
| 上一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 |  | |
| 报考专业 | | | |  | | | | | 专业实践能力 | |  |
| 现有技术资格 | | | |  | | | | |
| 现有技术资格取得时间 | | | |  | | | 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 | | | 人事部门审核意见  负责人签章   年  月  日 | | | |
| **备注：** | | | 1.审查意见栏中“人事部门审核意见”即发证机构审核意见。  2.此表须申报人员仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。  **日期：      年    月    日** | | | | | | | | | | |