|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 考生照片 |
| 本人身份 | 在校学生/社会人员 | 出生日期 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 教育情况 | 文化程度 | 初中/高中/职高/高技/技校/中专/高职/大专/大学/硕士/博士 | 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 |  |
| 报考级别 |  |
| **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 |

附件1：

**卫生行业职业技能鉴定个人申请表**