附件2

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 |  |
| 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 |

**注意事项：**

1. 此表格由申报者本人如实填写，不得由他人代填写，并逐一填写不得漏填。对提供虚假信息、虚假材料参加鉴定的人员，给予如下处理：报名期间的取消鉴定资格；已参加鉴定考试的取消考试成绩；鉴定成绩合格的取消已取得的职业资格，不予发放证书；已取得相应证书的宣布证书无效；鉴定费用不予退还；一年内不得申请参加职业技能鉴定，同时依照相关规定记录进社会征信体系。

2、本表一式两份，由相关职业技能鉴定机构按要求留存。

3、学习经历；程度填写“技校、中职、大专（高职）、大学本科、研究生、博士”等。

4、各单位、机构名称、电话应填写完整（全称），签名应由本人亲自填写。