附件 2

**2021年医用设备使用人员业务能力考评报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **网报号**：  | **注册用户名**： | **条形码** |
| **验证码**： | **确认考区**：  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓   名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 出生日期 |  |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  |
| **报考信息** | 职 称 |  | 医师资格证书编码 |  |
| 报考专业 |  |
| **教育情况** | 毕业学历 |  | 毕业时间 |  |
| 学  位 |  | 毕业专业 |  |
| 毕业学校 |  |
| **工作情况** | 行业系统 |  | 单位名称 |  |
| 现从事专业 |  | 开始从事现专业时间 |  |
| **其它** | ※联系电话（考生手工必填） |  | ※联系地址（考生手工必填） |  |
| **申报人员签名** |  |
| **审核意见****意见** |
| 单位人事部门审查意见 印章  年  月  日 | 省级卫生健康行政部门审核意见 印章  年  月  日 |
| **备注** | 1.技师、物理师、化学师不需要填写医师执业证书编码；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。 |