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。 | | | | | |