**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** |