附件

日照市医师/护士资格证书邮寄申请书

日照市卫生学校：

兹有 （持证人姓名），身份证号码 。按照《山东省加快推进一体化在线政务服务平台建设实施方案》精神，特申请采取邮寄领证方式领取 \_\_\_年度（🞎医师、🞎护士）资格证书。

本人承诺:对邮寄证书需提供的相关资料真实性负责；邮寄证书若出现遗失,日照市卫生学校不承担责任。

申请人（手签）：

年 月 日

|  |
| --- |
| 邮寄地址：  收件人： 联系电话： |

身份证原件截图：

|  |  |
| --- | --- |
| （正面） | （反面） |