泉州医高专职业技能等级认定申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  二 寸 照 片 |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 申报认定职业（工种） |  | 申报等级 |  | 从事本职业年限 |  |
| 现工作单位 |  | 电 话 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  | 毕业证编码 |  |
| 毕业时间 |  | 现已持何种 职业证书 |  | 等级 |  |
| 证书编码 |  | 取得证书时间 |  |
| 学习经历 | 程度 | 所在院校 | 毕业时间 | 毕业证编码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 何年至何年 | 从事何职业 | 所在单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 符合申报职业等级的条件： 1、□达到本职业等级要求的工作时间； 2、□达到本职业等级要求的学历条件； 3、□达到本职业等级晋级条件； 4、□其他条件：  |
| 本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能等级认定报考的有关规定，保证本次填报的信息完整、准确，工作经历、学习经历真实，如有虚假，愿意接受被取消申报资格、取消当次考试所有科目成绩（已参加考试者）、注销证书数据检索及职业技能等级证书资格（已获得证书者）的处理，并自愿承担相应的法律责任。填表人：年 月 日 |
| 认定单位审核意见：**同意申报**年 月 日 （章） |

说明：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，凡不按本表各项内容如实填写或填写内容经查不真实者，取消申报资质。

2.本表一式一份，由职业技能等级认定单位保管单位留存。

3.学习经历从初中经历起填写，初、高中学历不须填写毕业证编码；程度填写“初中、高中、技校、中职、高职、本科”等。

4.如符合申报职业等级的条件的若干条，同时在对应条件□填写“√”；

5.各单位、机构名称应填写全称。