**附件1**

**职业技能等级评价申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 张宝怡 | | 性别 | 女 | 出生  年月日 | 2004.10.05 | | 230103200410052827 | |
| 身份证号 | 230106200410052827 | | | | 联系  电话 | 17545572607 | |
| 工作单位 |  | | | | 单位  电话 |  | |
| 申报职业 | 医疗护理员 | | | 申报等级 | 三级 | 从事本职业年限 |  |
| 申报类别 | （√）初次鉴定 （ ）补考 | | | | | | | | |
| 最高学历 | 大专 | | 毕业院校  及专业 | | | | 伊春职业学院 护理专业 | | |
| 毕业时间 |  | | 毕业证书编号 | | | |  | | |
| 工  作  经  历 | 起始年月 | | 单位 | | | | 岗位 | | 证明人电话 |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
| 本人承诺填报的信息真实、准确、完整、有效。若有虚假或经查核不真实，本人愿意承担主要责任。  填表人（手写签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 评价机构  审核意见 | | 黑龙江省健康产业协会  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |