

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		
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					