**附件1**

**常州卫生高等职业技术学校职业技能等级认定报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期2寸彩色照片 |
| 文化程度 |  | 身份证号码 |  |
| 户口所在地（住址） |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 | **填手机号** |
| 申报职业（工种） |  | 申报等级 |  | 原职业资格（职业技能等级）证书等级及授证时间 |  |
| 原职业资格证书编号 |  | 破格情况 | **/** | 工龄 | **（对照等级及国标要求填写）** |
| **（此处粘贴身份证复印件（正面+反面）** |
| **工作年限 承诺** | **起止年月** |  |  |  |
| **单位名称****（岗位）** |  |  |  |
| **承诺声明** | **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要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，如有虚假，愿意接受取消申报资格、取消当次考试所有科目成绩、注销获证数据及等级证书资格的相关一切处理。**  **考生签名： 日期：** |
| **实施部门****审核意见** | **常州卫生高等职业技术学校高技能人才培养示范基地** **年 月 日** |
| **学校审核 意见** |  **常州卫生高等职业技术学校 年 月 日**  |