附件2

高级卫生专业技术资格考试报名表（样式）

**网报号： 用户名：**

**条形码**

**确认考点：**  **报名序号：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 相片 |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| **报考信息** | 报考级别 |  | 拟申报资格 |  |
| 现有技术资格 |  | 现有资格取得年月 |  |
| 执业类别 |  | 申报专业 |  |
| 报考专业 |  | 现有资格聘任年月 |  |
| **教育情况** | 参评学历 |  | 参评学位 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业专业 |  |
| **工作情况** | 单位名称 |  |
| 从业年限 |  | 单位所属 |  |
| **联系方式** | 联系电话 |  | 邮 编 |  |
| 地 址 |  |
| **备  注****信 息** |  |
| **以下由审核部门填写盖章** |
| **审查意见** | 单位人事部门或档案存放单位审查意见印章年 月 日 | 考点考试管理机构审查意见负责人签章：年 月 日 | 考区考试管理机构审查意见负责人签章：年 月 日 |

备注：1.此表以网上报名后打印的实际样式为准。

2.申报人员请仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。

**申报人员签名：** **日期：** **年** **月**  **日**