附件1 ：

2024年度卫生高级专业技术资格考试申报表

**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 |  | **照****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 |  | 执业范围 |  |
| 报考专业 |  | 现有资格聘任年月 |  |
| **教育情况** | 初始学历 |  | 初始学位 |  |
| 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 | 报名点审查意见报名点签章  年  月  日 | 考点审核意见考点签章  年  月  日 |
| **备注：** | 1.此表以网上报名为准。2.申报人员请仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。 |
| http://192.168.1.207/preczj/preenrollment/printAction.do?method=printImage&image=px 本人确保所报材料和个人信息真实可靠，如有不实，愿按有关规定接受处理。**申报人员签名： 日期：      年    月    日** |