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** | | | | | | | | | | | |