附件2

2024年度卫生专业技术资格考试

报名申请表

|  |
| --- |
| **条形码** |

**网报号**： **用 户 名**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | **照****片** |
| 证件类型 |  | 民 族 |  |
| 证件编号 |  | 联系方式 |  |
| **报考信息** | 上一年度档案号 |  |
| 上一年度报考专业及代码 |  | **报****考****科****目** | 基础知识 |  |
| 报考级别 |  | 专业代码 |  | 相关专业知识 |  |
| 报考专业 |  | 专业知识 |  |
| 现有技术资格 |  | 专业实践能力 |  |
| 现有技术资格取得时间 |  | 执业类别 |  |
| **教育情况** | 报考学历 |  | 学  位 |  |
| 毕业时间 |  | 学  制 |  |
| 毕业学校 |  | 学校备注 |  |
| 毕业专业 |  | 毕业专业备注 |  |
| **工作情况** | 单位名称 |  | 单位所属 |  |
| 单位性质 |  | 从事本专业年限 |  |
| **申报人员签名** |  |
| **现场审核人员签名** |  |
| **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 | 考点审查意见考点负责人签章  年 月 日 | 人事部门审核意见 负责人签章  年 月 日 |
| **备注：** | 1. 上一年度考试部分科目未通过者，如证件号码与上一年度不一致，须向考点申请合并成绩处理。
2. 审查意见栏中“人事部门审核意见”即发证机构审核意见。
3. 申报人员须仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。

 日期： 年 月 日 |