

附件 1

2019 年度卫生人才评价考试申报表

网报号:

用户名:

条形码

验证码:

确认考点:

基本情况	姓名		性别		出生日期		照片	
	证件类型		民族					
	证件编号		联系电话 (根据考区要求自行填写)					
报考信息	档案号(上一年度考生必填此项)							
	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	最高学历		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		考点审查意见		人事部门审核意见			
	印章 年月日		考点负责人签章 年月日		负责人签章 年月日			

备注: 1. 上一年度参加卫生人才评价考试未通过者在报考剩余科目时须填写上年度档案号, 否则成绩不予滚动。
 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