附件2：

**山东省健康商会师资培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片（一寸照片） |
| 文化程度 |  | 身份证号 |  |
| 现工作单位 |  | 职务 |  |
| 从事职业 |  | 职业年限 |  | 联系电话 |  |
| 职业（专业）/技能等级（职业 |  | 等级 |  | 证书编号 |  |
| 原职业技能等级认定 | 如：养老护理员（三级） | 原考评员证卡编号 |  |
| 发证单位 |  | 发证时间 |  |
| 业务工作简历 | 何年何月在何单位 | 从事何种专业技术工作 |
|  |  |
| 本人郑重承诺：以上所填信息真实有效，若有虚假，责任自负。承诺人： |
| 推荐单位意见 | 同意推荐该同志参加 职业（工种）师资培训。  （盖章） 年 月 日 |

**注：此表用可以打字填写或用蓝色或黑色的钢笔填写，字迹清楚工整，但签字部分必须用蓝色或黑色钢笔手签，由评价机构存档。**