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。**