**附件1**

**黑龙江省健康管理师技能人才培训评价考核个人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | | 出生  年月日 | |  | | | 2寸照片 |
| 身份证号码 |  | | | | | | 联系  电话 | |  | | |
| 现工作单位 |  | | | | | | 单位  电话 | |  | | |
| 申报  职业 |  | | | | 申报  等级 | |  | | 从事本职业年限 | |  |
| 申报  类别 | （ ）初次鉴定 （ ）补考 | | | | | | | | | | | |
| 最高  学历 |  | | | | | 毕业院校  及专业 | |  | | | | |
| 毕业  时间 |  | | | | | 毕业证书  编码 | |  | | | | |
| 工  作  情  况 | 何年月至何年月 | | | 从事何职业  （工种） | | | | 从事何  岗位 | | 所在单位、人力资源部门  负责人姓名及电话 | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |
| 本人承诺填报的信息真实、准确、完整、有效。若有虚假或经查核不真实，本人愿意承担主要责任。  填表人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | | 黑龙江省健康产业协会  审核意见  印章  年 月 日 | | | | | | | | | |