**附件1**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | 2寸白底照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 单位电话 |  |
| 从事职业 |  | 从事本职业年限 |  |
| 现住址 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业证书编号 |  |
| 工作经历 | 起始年月 | 从事职业（工种） | 岗位 | 证明人电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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（手写签字）：年 月 日 |
| 评价机构审核意见 |  黑龙江省健康产业协会 （盖章）年 月 日 |