

附件 2

2019 年度全区卫生系列高级专业技术资格 专业能力考试报名表

 网报号：
 确认考点：

 用户名：
 报名序号：

条行码

基本信息	姓 名		性 别		相 片
	证件类型		证件编号		
	出生日期		民 族		
报考级别		报考专业			
现有资格信息	现有技术资格		现有资格取得年月		
	执业类别		现有资格聘任年月		
	参评学历		参评学位		
教育情况	毕业学校		毕业专业		
工作情况	单位名称				
	从业年限		单位所属	<input type="checkbox"/> 市以上 <input type="checkbox"/> 县（县级市、区） <input type="checkbox"/> 乡（乡镇卫生院、社区卫生服务机构）	
联系方式	联系电话			邮 编	
	地 址				
备 注 (是否破格申报)					
以下由审核部门填写盖章					
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	
	印章 年 月 日			考点负责人签章： 年 月 日	

备注：1. 此表以网上报名为准。

2. 申报人员请仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。

申报人员签名：

日期：

年 月 日