附件

山东省公共卫生学会

职业技能等级认定报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 出生日期 |  年 月 日 |
| 证件类型 | 身份证 | 证件号码 |  |
| 联系电话 | **确保能联系到本人** | 居住所在省、市 |  |
| 户籍所在省、市 |  |
| 教育情况 | 文化程度 |  | 毕业年月 |  | 毕业专业 |  |
| 毕业院校 |  |
| 工作情况（社会人员填写） | 工作单位 |  | 工作年限 |  |
| 从事职业 |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | 职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报考工种 | 职业名称 |  |
| 认定等级 | 一级🞎 二级🞎 三级🞎 四级🞎 五级🞎 |
| 工 种 | 消毒员🞎 防疫员🞎 公共场所卫生管理员🞎 |
| 经本人确定以上信息填写准确无误。 考生签字： |