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： | | | | | | | | |