**职业技能等级认定个人信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | ××× | 性别 | × | 出生年月日 | ××××.××.×× | 照片粘贴白底照片 |
| 考生来源 | 学校 企业 社会 其他  |
| 文化程度（附复印件） | ××（根据自己的情况填写） | 所学专业 | （根据自己的情况填写） |
| 身份证号（附复印件） | ××××××（自己真实身份证号码） | 现从事职业（工种） | 保健按摩 |
| 联系手机 | ×××××× | 通讯地址 | ××省××市××县/区××社区 |
| 现工作单位 | ×××医院（根据自己的情况填写） | 工作单位所在地 | ××省××市××路××号 |
| 已获相关职业（专业）技能等级或职称 | 职业资格/技能等级：无等级 五级 四级 三级 二级职称：无职称 初级职称 中级职称 高级职称 （须附证书复印件） |
| 申报职业（工种） | 保健按摩师 | 申报级别 | 五级 四级 三级 二级 一级 |
| 考试类型 | 正常报考补 考 | 考核科目 | 理论 技能 综合评审 其他  |
| 本职业（工种）培训情况 | XXXX年XX月参加XXXX培训学习 |
| 本职业（工种）工作经历 | XXXX年XX月—XXXX年XX月 在XXXX医院 做XXXX工作本人承诺：培训情况、工作经历真实，本人工作年限 X 年，从事本职业（工种）工作 X 年。  |
| 填报声明 | 1.此表由考生本人如实填写，表格内容正确无误，所提交的证明材料和照片真实有效。2.未如实填写或提交虚假材料，将会被取消申请资格，依法追究相关责任。3.严格遵守职业技能等级认定相关规定。本人确认已阅读并明白上述条款，并接受此条款约束。 声明人（签名）：（需要手写签名） 日 期： 年 月 日 |
| 评价机构资格审核意见 | **经审核，该考生所报材料属实。所提交复印件与原件一致。** **报名条件审核依据 ，本职业级别第 款报名条件。**报名资格审核意见： 审核通过 未达到申报要求 审核人： 日 期： 年 月 日 |
| **职 业 技 能 等 级 认 定 结 果** |
| **科目** | **理论** | **技能** | **综合** | **评价****机构****评定****结果** | 经考核，该同志成绩合格，同意颁发职业： 工种： 级别： 职业技能等级证书。  年 月 日（**机构签章**） |
| **分数** |  |  |  |
| **证书****编号** |  |

注：1.本人需附身份证、学历证和等级证（职称证）复印件；2.“填报声明”由本人签名有效；3.报名条件审核依据：国家职业技能标准、行业技能标准、企业制

定技能评价规范；4.此表一式两份，由评价机构和考生各执一份。