**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。