## **职业技能等级认定个人申报审核表**

**表格中标“\*”的为必填项（没有的情况可以填“无”）**  **参加考期： 年 月**（必填）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名 \*** | |  | | | **性别 \*** | | |  | | | | 近期一寸蓝底证件照 |
| **民族 \*** | |  | | | **是否农业户口 \*** | | | **□是 □否** | | | |
| **出生日期 \*** | |  | | | **文化程度 \*** | | |  | | | |
| **身份证号码 \*** | |  | | | **户籍所在地 \*** | | |  | | | |
| **毕业院校 \*** | |  | | | **所学专业 \*** | | |  | | | |
| **毕业证编号 \*** | |  | | | **毕业时间 \*** | | |  | | | |
| **现工作单位 \***  **（和社保缴纳单位一致）** | | | |  | | | | | | | | |
| **工作岗位 \*** | |  | | | **个人联系电话 \*** | | |  | | | | |
| **单位联系人和联系方式 \*** | | | |  | | | | | | | | |
| **申请认定职业 \* （请打√）** | | **□ 企业人力资源管理师**  **□ 健康管理师**  **□ 公共营养师**  **□ 创业指导师**  **□ 职业指导师** | | | **申请认定等级 \***  **（请打√）** | | | **□ 四级**  **□ 三级**  **□ 二级**  **□ 一级** | | | | |
| **从事本职业年限 \*** | |  | | | **报考类型 \***  **（请打√）** | | | **□ 正考** | | | | |
| **通讯地址 \*** | |  | | | **□ 补考** | | | **□ 补考理论**  **□ 补考实操**  **□ 补考综合评审** | |
| **类型 \*** | | **□企业员工 □在校学生 □下岗失业人员 □其他人员** | | | | | | | | | | |
| **已取得本职业或相关职业资格证书/职业技能等级证书 \*** | |  | | | **证书编号 \*** | | |  | | | | |
| **参保（或就业、学习）所在市 \*** | |  | | | **参加评价批次号** | | |  | | | | |
| **参加评价地点 \*** | |  | | | | | | | | | | |
| **个人事项承诺 \*** | | 本人系 单位职工， 年 月参加本单位工作 年，其中从事本职业（工种）工作 年。具体工作经历如下：  年 月至 年 月，在 （单位） （工种或岗位）工作；  年 月至 年 月，在 （单位） （工种或岗位）工作；  年 月至 年 月，在 （单位） （工种或岗位）工作。  承诺人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **单位审核意见 \*** | | | 同志现为我单位 （工种或岗位）员工，入职时间为 ，在我单位从事相关工作满 年，累计工龄 年。  工作单位 （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **\* 填表承诺：**  1.此表由考生本人如实填写；  2.本表格内容正确无误，所填写的信息真实有效，一旦确认，不得更改申报信息；  3.如因填写有误或不如实填写、提交虚假材料等所造成的不良后果，均由本人负责；  4.严格遵守职业技能认定相关规定。  **本人确认已阅读并明白上述条款，并受此等条款约束。**  **申请人签名： 日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **评价记录：**  **一、评价结果：**  理论科目成绩： ；技能科目成绩： ；综合评审成绩： 。  **二、考评组意见：**  **三、考评组成员：**  **四、监考人员：**  **五、质量督导人员：** | | | | | | | | | | | | |
| **制表人签字：** | | | | | | | | | | | | |
| 资格初审 **\*** | 经审核，该生所报材料属实。  初审人签名：  日期： | | 资格复审 | 经审核，该生所报材料属实。  复审人签名：  日期： | | 认定机构审核意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | 机构评价负责人抽查审核意见 | 抽查审核通过□  未达申报要求□ | | |

备注：请用钢笔、签字笔填写或电脑打印，要求内容真实、简明扼要，字迹清晰端正。

|  |
| --- |
| 身份证复印件粘贴处 |
| 学历证书复印件粘贴处 |
| 职业资格证书或职业技能等级证书复印件粘贴处 |
| 社保缴费证明复印件粘贴处 |