**附件二（拟从事样稿）：**

**江西省职业技能等级认定个人申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 李某 | 性别 | 女 | 出生日期 | 1998年12月12日 | | 0a5bb07c36a8e165c4bd24e9490aa2b2 |
| 证件类型 | 身份证 | 证件号码 | 360422199901212123 | | | |
| 民族 | 汉 | | 最高学历 | 高中 | | |
| 户籍地 | 江西九江 | | 常住地 | 江西省xx市xx区xx小区xx单元 | | |
| 联系电话 | 12345678912 | 邮箱/地址 | 12345678@qq.com | | | |
| 考生类别 | 企业职工 在校学生 社会人员 其他 | | | | | |
| 申报职业 | 健康照护师 | | 报考工种 | 健康照护师(长期照护师） | | 等级 | 五级 |
| 考试类型 | 正考 补考 | | | 考核科目 | 理论 技能 综合评审 | | |
| 已获本职业或  相关职业资格  /技能等级证  书名称 |  | 证书 等级 |  | 获证 日期 |  | 证书 编号 |  |
| 已获专业技术 资格(职称) |  | 证书 等级 |  | 获证 日期 |  | 证书 编号 |  |
| 学籍  (在校生填写) | 在读学校 | | 所学专业 | | 入学时间 | | 毕业时间 |
|  | |  | |  | |  |
| 学历 | 毕业学校 | | 所学专业 | | 学历证书编号 | | 毕业时间 |
|  | |  | |  | |  |
| 申报条件 | 年满16周岁，拟从事本职业或相关职业工作 | | | | | | |
| 考试地点 | 江西省南昌市红谷滩区丰和南大道2888号1号6楼江西省研究型医院学会 | | | | | | |
| 本人承诺从事本职为或相关职业工作共 （月/年），具体工作经历如下： | | | | | | | |
| 工作经历 | 起止时间 | | 单位名称 | | 工作岗位 | | 单位联系人及电话 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 填表声明：1.本人知晓本职业(工种)报考条件、资  格审核相关要求，承诺遵守报考的有关要求，保证本  次填报的信息完整准确、教育经历、工作经历真实， 如有必要愿意配合核实。如有虚假，愿意接受取消申 报资格、已参加考试则被取消当次考试所有科目成绩、 已获得证书则被收回、注销证书数据检索及注销证书 资格、追回所享受的补贴等待遇的处理，已缴纳的报  名考试费不予退回。2.报考个人信息已经本人确认， 本人对其真实性负责。  申请人签名： 日期： | | | | 该考生填报内容真实准确。  单位(盖章)  经办人：  联系电话：  日期： | | | |

**注：1、拟从事单位则不需盖章**

1. **申请人手签加按手印**

**附件二（从事样稿）：**

**江西省职业技能等级认定个人申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 李某 | 性别 | 女 | 出生日期 | 1998年12月12日 | | 0a5bb07c36a8e165c4bd24e9490aa2b2 |
| 证件类型 | 身份证 | 证件号码 | 360422199901212123 | | | |
| 民族 | 汉 | | 最高学历 | 本科 | | |
| 户籍地 | 江西九江 | | 常住地 | 江西省xx市xx区xx小区xx单元 | | |
| 联系电话 | 12345678912 | 邮箱/地址 | 12345678@qq.com | | | |
| 考生类别 | 企业职工 在校学生 社会人员 其他 | | | | | |
| 申报职业 | 健康照护师 | | 报考工种 | 健康照护师(长期照护师） | | 等级 | 五级 |
| 考试类型 | 正考 补考 | | | 考核科目 | 理论 技能 综合评审 | | |
| 已获本职业或  相关职业资格  /技能等级证  书名称 |  | 证书 等级 |  | 获证 日期 |  | 证书 编号 |  |
| 已获专业技术 资格(职称) | 护士 | 证书 等级 | 初级 | 获证 日期 | 2025年.7月 | 证书 编号 | 12345679 |
| 学籍  (在校生填写) | 在读学校 | | 所学专业 | | 入学时间 | | 毕业时间 |
|  | |  | |  | |  |
| 学历 | 毕业学校 | | 所学专业 | | 学历证书编号 | | 毕业时间 |
| xx学校 | | 护理学 | | 123456789 | | 2025.06 |
| 申报条件 | 年满16周岁，从事本职业或相关职业工作 | | | | | | |
| 考试地点 | 江西省南昌市红谷滩区丰和南大道2888号1号6楼江西省研究型医院学会 | | | | | | |
| 本人承诺从事本职为或相关职业工作共 （月/年），具体工作经历如下： | | | | | | | |
| 工作经历 | 起止时间 | | 单位名称 | | 工作岗位 | | 单位联系人及电话 |
| 2023年7月-2025年8月 | | xx单位 | | xx岗位 | | 凌某12345678912 |
|  | |  | |  | |  |
| 填表声明：1.本人知晓本职业(工种)报考条件、资  格审核相关要求，承诺遵守报考的有关要求，保证本  次填报的信息完整准确、教育经历、工作经历真实， 如有必要愿意配合核实。如有虚假，愿意接受取消申 报资格、已参加考试则被取消当次考试所有科目成绩、 已获得证书则被收回、注销证书数据检索及注销证书 资格、追回所享受的补贴等待遇的处理，已缴纳的报  名考试费不予退回。2.报考个人信息已经本人确认， 本人对其真实性负责。  申请人签名： 日期： | | | | 该考生填报内容真实准确。  单位(盖章)  经办人：  联系电话：  日期： | | | |

**注：1、申请人手签加按手印**