

附件 2

高级卫生专业技术资格考试报名表（样式）

网报号：

用户名：

确认考点：

报名序号：

条形码

基本信息	姓 名		性 别		相 片
	证件类型		证件编号		
	出生日期		民 族		
报考级别		拟申报资格			
报考信息	现有技术资格		现有资格取得年月		
	执业类别		申报专业		
	报考专业		现有资格聘任年月		
教育情况	参评学历		参评学位		
	最高学历		最高学位		
	毕业学校		毕业专业		
工作情	单位名称				
	从业年限		单位所属		
联系方式	联系电话			邮 编	
	地 址				
备 注 信 息					
以下由审核部门填写盖章					
审 查 意 见	单位人事部门或档案 存放单位审查意见	考点考试管理机构审查意见		考区考试管理机构审查意见	
	印章 年 月 日	负责人签章： 年 月 日		负责人签章： 年 月 日	

备注：1.此表以网上报名后打印的实际样式为准。

2.申报人员请仔细核对后签字确认，一旦确认不得修改。

申报人员签名：

日期：

年 月 日