**附件1**

**黑龙江省健康管理师技能人才培训评价考核个人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | 2寸照片 |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 现工作单位 |  | 单位电话 |  |
| 申报职业 |  | 申报等级 |  | 从事本职业年限 |  |
| 申报 类别 | （ ）初次鉴定 （ ）补考  |
| 最高学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业证书编码 |  |
| 工作情况 | 何年月至何年月 | 从事何职业（工种） | 从事何岗位 | 所在单位、人力资源部门负责人姓名及电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人承诺填报的信息真实、准确、完整、有效。若有虚假或经查核不真实，本人愿意承担主要责任。填表人（签字）：年 月 日 |
| 审核意见 |  黑龙江省健康产业协会 审核意见 印章 年 月 日 |