**附件1**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生  年月日 | |  | | 2寸  白底  照片 |
| 身份证号 |  | | | | 联系  电话 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | 单位  电话 | |  | |
| 从事职业 |  | | | | 从事本职业年限 | |  | |
| 现住址 |  | | | | | | | | |
| 最高学历 |  | | | 毕业院校  及专业 | |  | | | |
| 毕业时间 |  | | | 毕业证书编号 | |  | | | |
| 工  作  经  历 | 起始年月 | | | 从事职业  （工种） | | 岗位 | | 证明人电话 | |
|  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |  | |
| 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（手写签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 评价机构  审核意见 | | 黑龙江省健康产业协会  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |