附件4

**湖北省职业技能等级认定报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **身份证号** | | **联系电话** | **性别** | **出生日期** | **政治**  **面貌** |
|  |  | |  |  |  |  |
| **文化程度** | **参加工作时间** | | **民族** | | **邮箱** | |
|  |  | |  | |  | |
| **报考级别** | **工种名称** | | **户籍所在地** | | | |
|  |  | |  | | | |
| **申报条件** |  | 1. **大专以上医药专业填“1”** 2. **非医药大专以上专业，从事本职业或相关职业工作2年以上，经三级健康管理师正规培训达标准学时数，并取得结业证书填“2”** 3. **医药中专专业，从事本职业或相关职业工作3年以上，经三级健康管理师正规培训达标准学时数，并取得结业证书填“3”** | | | | |
| **原证书职业** |  | | | | | |
| **原证书等级** |  | | | | | |
| **原证书编号** |  | | | | | |
| **简 要 经 历** | | | | | | |
| **起止年月** | **工 作 单 位** | | **从事专业** | | | |
|  |  | |  | | | |
| **学历证书编号** |  | | | | | |
| **通信地址** |  | | | | | |
| **邮政编码** |  | | | | | |