附件：

长期照护师职业技能等级认定申报表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*姓 名 |  | \*性别 | |  | \*联系电话 |  | 一  寸  照  片 |
| \*文 化  程 度 |  | \*身份  证号 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | 现从事岗位（年限） |  |
| 单位地址 |  | | | | 单位人资部门电话 |  |
| \*申报职业（工种） |  | | | | \*申报  等级 |  |
| 现有职业证书名称等级 |  | | | | 证书编号 |  | |
| 取证时间 |  | | 发证机构名称 | |  | | |
| 工作经历培训经历 | 起止年月 | | 在何单位从事何种  职业（工种）或学习 | | | | 证明人 |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
|  | |  | | | |  |
| \*本人承诺 | 本人自愿参加职业技能等级认定，承诺符合申报技能等级的条件，提供的信息资料真实有效。  本人承诺签字： 承诺日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 工作单位意见 | 该同志系我单位正式员工，在我单位 部门（车间）从事 岗位 年（大写）， 经核实，符合《国家职业技能标准》规定条件，考评合格后，我单位认可评价结果，并兑现相关工资待遇。  年 月 日 | | | | | | |
| 评价机构  考评结果 | 年 月 日（章） | | | | | | |