附件3

|  |
| --- |
| 卫生专业技术资格考试报考资格审核表（深圳考点） |
|  **考生姓名： 工作单位： 报考专业、级别：** |
| **学历、学位教育情况** |
| **级别** | **何年何月起** | **何年何月止** | **毕业学校** | **毕业 专业** | **学制（年）** | **学位** | **学习形式 （全日制/业余）** |
| 中专 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | / | 　 |
| 专科 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | / | 　 |
| 本科 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （ ）学学士 | 　 |
| 硕士 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （ ）学硕士 | 　 |
| 博士 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （ ）学博士 | 　 |
| 　 |
| **卫生专业技术资格证、执业证取得情况** |
| **证件类别** | **资格 名称** | **资格批准日期** | **发证 日期** | **发证单位** | **取得方式 （考试/评审/认定）** |
| 医师/护士 执业证 | 　 | 　 | 　 | 　 | —— |
| **士级资格**或助理医师证 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **师级资格**或医师资格证 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **中级**专业技术资格证 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| **取得最高资格以来工作履历（未取得资格者填写毕业以来工作履历）** |
| **序号** | **何年何月起** | **何年何月止** | **工作单位名称** | **工作 岗位** | **工作单位或档案存放单位核实意见** |
| 单位1 | 　 | 　 | 　 | 　 | **单位承诺：本栏所填写的内容，已经我单位核对无误，并对此负责和承担相应后果。**  证明人： 联系电话： （公章） 年 月 日 |
| 　 | 　 | 　 |
| 单位2 | 　 | 　 | 　 | 　 |  **单位承诺：本栏所填写的内容，已经我单位核对无误，并对此负责和承担相应后果。**  证明人： 联系电话： （公章） 年 月 日 |
| 　 | 　 | 　 |
| 单位3 | 　 | 　 | 　 | 　 |  **单位承诺：本栏所填写的内容，已经我单位核对无误，并对此负责和承担相应后果。**  证明人： 联系电话： （公章） 年 月 日 |
| 　 | 　 | 　 |
| 本人承诺：以上所填写及提交的材料内容真实，并对此负责和承担一切后果。  |
|  |  |  | 考生签名： 日期： 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.本表由考生本人如实填写，如出现与事实不符的虚假信息，可直接按审核拒绝处理；2.表中填写的所有学历、学位及取得专业技术或执业资格情况，均须附上相应证件复印件；3.如因之前工作单位无法盖章者，可以提交相应聘用合同书（复印件）代替。 |