附件：“2019年度全国医用设备使用人员业务能力考评报名表”样图

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | 姓名 |  | 性别 |  | 相 片 处（两寸彩色免 冠照片） |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  |
| 报 考 信 息 | 医师执业证书编码 |  | 职称 |  |
| 考评专业 |  |
| 教 育 情 况 | 毕业学历 |  | 毕业学校 |  |
| 学位 |  | 毕业专业 |  |
| 毕业时间 |  |
| 工 作 情 况 | 行业系统 |  | 单位名称 |  |
| 现从事专业 |  | 开始从事现专业时间 |  |
| 单位所属 |  | 单位级别 |  |
| 其他 | ※联系电话 （考生手工必填） |  | 邮编 |  |
| 联系地址 |  |
| 申报人员签名 |  |
| 审 查 意 见 |
| 单位人事部门审查意见印 章年 月 日 | 省级卫生健康行政部门审查意见印 章年 月 日 |
| 备注：1.技师、物理师、化学师不需填写医师执业证书编码。2.此表须申报人员仔细核对后签字确认，一旦确认不得改。 |