附件1

2020年医用设备使用人员业务能力考评报名表

**网报号**： **注册用户名**：

**验证码**： **确认考区**：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 相 片(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，一旦确认不得更改。