附件：“2020年度全国医用设备使用人员业务能力考评报名表”样图

网报号： 注册用户名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | |

验证码： 确认考区：