**浙江省医药行业特有工种职业技能鉴定申请表**

**编号**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | 年龄 | |  | | 文化程度 | | |  | | | **二寸照** |
| 身份证号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报等级 | |  | | | | | | | | 原技术等级及发证日期 | | |  | | | | | | | |
| 申报职业 | |  | | | | | | | | 申报工种 | | |  | | | | | | | |
| 专业工龄 | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 所在单位劳资部门、乡镇（街道）政府或县以上药品监管部门意见 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定站  初审意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | 省医药特有工种职业技能鉴定指导中心审核意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 身份证复印件粘贴处：  制证照片粘贴处  （二寸）  （身份证复印件必须清晰完整，并与申请表中所填写的身份证号相符）  原有技术等级证书及学历证书复印件必须随申请表附上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |