**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 |