附件2

厦门市第三十一届职工技能大赛

急诊医师技能竞赛选手报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | 二寸照片 |
|
| **身份证号** |  | **民族** |  |
| **所在单位** |  |
| **联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **职业资格、职业技能等级证书名称及等级** |  |
| **符合参赛条件，勾选其中一项或多项：（该项为必填项）**□从事本职业（工种）工作满3年以上的；□持有中级技能等级证书（职业资格、职业技能等级）或助理级以上职称证书的；本人承诺填报的信息真实、准确、完整、有效。若有虚假或经查核不真实，本人愿意承担因此产生的相应法律或行政责任。填表人（签字）： 年 月 日 |
| 单位推荐意见：（盖章）年 月 日 |
| 承办单位意见：（盖章）年 月 日 |
| 竞赛组委会意见：年 月 日 |

**注意事项：**本表一式一份，由承办单位留存二年