附件1

**淄博市健康管理职业技能竞赛报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |  |
| 出生年月 |  | 学历 |  |
| 联系电话 |  | 职业 |  |
| 从事本职业工作年月 |  | 现职业技能等级 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  |
| 工作简历 |  |
| 单位意见 | 单位盖章（签字）： 年 月 日 |

附件2

**工作证明**

兹证明 同志(身份证号 )，从 年 月至 年 月在本单位 部门从事岗位工作，累计从事 (职业工种)的专业工龄合计已满 年。

特此证明。

备注：此证明仅作淄博市健康管理职业技能竞赛报名凭据不作其他用途。本单位对此证明真实性负责。

单位(或单位人事部门)盖章：

 年 月 日