附件1

职业技能等级认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | （近期1寸正面免冠蓝底彩色  照片） |
| 身份证件号 | |  | 文化程度 |  | |
| 工作单位 | |  | | | |
| 通信地址 | |  | | | |
| 邮 编 | |  | 联系电话 | |  | |
| 申请职业（工种）名称 | |  | 申请职业（工种）级 别 | |  | |
| 工作简历 |  | | | | | |
| 考生来源 | □国有企业 □集体企业 （私营企业 （个体外企 （机关事业单位  （职业高中 （普通技工学校 （高级技工学校 （技师学院 （职业技术学院  （普通中专 （普通高中 （普通大专 （普通大学 （研究生院  （现役军人 （下岗失业人员 （农民工 （劳改劳教人员 （其他人员  （外商投资 （港澳台商投资 （其他 | | | | | |
| 相关资料 | □身份证明（复印件1份）  □学历证明（毕业证复印件1份）  □工作岗位能力年限证明或其他证明材料（1份，相应职业（工种）申报条件要求的）  □社保证明材料（1份，身份证号码为“非42”开头的学员、企业名称为“非湖北省内市州名称的”学员） | | | | | |
| 本人声明，以上填写信息及所提交的资料均合法、真实、有效，并承诺对填写的内容负责。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | |

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业技能等级认定考试名册 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 企业或培训机构：  （盖章） | | | |  | | | | | | | 认定时间： | | |  | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 证件类型 | 证件号 | 社保卡号 | 电话号码 | 考生来源 | 文化程度 | 从事本工种年限 | 原职业等级及发证时间 | 申报职业（工种） | 申报级别 | 申报条件 | 所在单位 | 省份 | 城市 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |