

附件 1

2021 年医用设备使用人员业务能力考评报名表

网报号: 注册用户名:

验证码: 确认考区:

基本情况	姓名		性别		
	民族		出生日期		
	证件类型		证件编号		
报考信息	职 称		医师资格证书编码		
	报考专业				
教育情况	毕业学历		毕业时间		
	学 位		毕业专业		
	毕业学校				
工作情况	行业系统		单位名称		
	现从事专业		开始从事 现专业时间		
其它	*联系电话 (考生手工必填)		*联系地址 (考生手工必填)		
申报人员签名					
审核意见					
单位人事部门 审查意见			省级卫生健康行政部门 审核意见		
印章 年 月 日			印章 年 月 日		
备注					

报名表图例

考生登录电脑端 **中国卫生人才网** 按要求填报相关信息，提交后打印
《2021 年医用设备使用人员业务能力考评报名表》