|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考区 | | 考点 | | | | | | | | | 档案号 | | | | | | | | | | | | 报名序号 | |
| **内蒙古** | | **鄂尔多斯** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| 基本信息 | 姓名 | | | |  | | | | | 性别 |  | | | | 民族 | | | |  | | | | 照片  （小二寸白底） | |
| 出生日期 | | | |  | | | | | 身份证号 |  | | | | | | | | | | | |
| 报名信息 | 报考专业 | | | |  | | | | | | 报考级别 | | | | | | | | |  | | |
| 从事专业年限 | | | |  | | 现有资格年限 | | | |  | | | 报考次数 | | | | | |  | | |
| 教育信息 | 最高学历 | | | |  | | | | 毕业专业 | |  | | | | | | 毕业年月 | | | | | |  | |
| 毕业学校 | |  | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | |
| 审查意见 | 所在旗区、市直单位人事部门或档案存放单位审查意见：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | 盟市卫健委资格审查意见：  印 章（经办人签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | 盟市人事部门资格审查意见：  印 章  年 月 日 | | | | | |
| 自治区卫生专业技术资格考试机构意见：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | 自治区人社厅备案意见：  印 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 考试成绩 | | 基础知识 | | | |  | | 相关专业知识 | | | |  | 专业知识 | | | | |  | | | 专业实践能力 | | |  |
| 资格证书编号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**2023年全国卫生专业技术资格考试登记表**