|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 所在旗区卫健委、市直单位人事部门审查意见：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 |  |

**2024年全国卫生专业技术资格考试登记表**