附件1

**保育师专业技能等级认定考试报名统计表**

**学校： 联系人： 联系电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 学历 | 专业 | 现有资格证书 | 申报资格证书等级 | 联系电话 | 备注 |
| 等级 | 取得时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2

个人健康情况申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位 |  |
| **14 天以来旅居史、健康史及接触史情况** |
| 是否有国外旅居史 | 是口 | 否口 |
| 是否有港、台旅居史 | 是口 | 否口 |
| 是否有高、中风险地区旅居史 | 是口 | 否口 |
| 是否曾被诊断为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者 | 是口 | 否口 |
| 是否与新冠肺炎确诊病例或无症状感染者有密切接触 | 是口 | 否口 |
| 是否与来自高、中风险疫情地区人员有密切接触 | 是口 | 否口 |
| 密切接触的家属及同事是否有发热等症状 | 是口 | 否口 |
| 密切接触的家属及同事是否有中高风险地区、港台及国外境外旅居史。 | 是口 | 否口 |
| 本人14 天以来健康状况：发热口乏力口咽痛口咳嗽口腹泻口 |
| 新冠疫苗接种情况：已完成全程接种口 未完成全程接种（1 针次口 2 针次口 3 针次口）未接种口 |
| 其他需要说明的情况： |
| 本人对上述提供的健康相关信息的真实性负责。如因不实信息引起疫情传播和扩散，本人愿承担由此带来的全部法律责任。承诺人：日期： 年 月 日 |

**附件3**

**职业技能等级认定申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照 片 |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  | 专业工龄 |  |
| 申报职业 |  | 证书等级 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 人员类别 | 🞎公办🞎私立 |
| 工作简历 |  |
| 所在单位 推荐意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 评价机构 审核意见 |  （盖章）  年 月 日 |
| 证卡编号 |  | 核发时间 |  |