附件 1

**菏泽市卫生健康职业技能大赛选手报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 照片 |
| 文化程度 |  | 出生日期 | |  | |
| 联系方式 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 工作/就读单位 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  |
| 参赛项目 |  | | 已有职业技能等级 | | |  |
| 单位意见 | 公章：  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |