附件1

粘贴照片处

粘贴照片处

专业技术（职业）资格证书补（换）发登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 现工作单位 |  | 联系方式 |  |
| 何时以何种方式取得何种资格 |  | 资格性质 | □社会化□非社会化 |
| 取得资格时所在单位 |  | 取得资格系列名称 |  | 取得资格专业名称 |  |
| 申请补（换）发事由 |  | 原证书编号 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺所提供信息及资料均真实有效，如有不实，愿承担相应后果。承诺人： |
| 单位审核意见 | （盖章）年月日 | 县级人社部门审核意见 | （盖章）年月日 |
| 市级人社部门或主管单位审核意见 | （盖章）年月日 | 省级人社部门意见 | （盖章）年月日 |
| 新发证书编号 |  | 领取人签名 |  |

注：本表一式2份，1份存放入本人档案，1份留存备查。

附件2

职业资格考试合格人员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 本专业最高学历 |  | 所学专业 |  |
| 毕业时间 |  | 学制 |  | 学位 |  |
| 参加工作时间 |  | 从事本专业工作时间 |  |
| 工作单位及现任专业技术职务 |  |
| 现有专业技术资格名称 |  | 取得时间 |  |
| 报考专业 |  | 级别 |  | 类别 |  |
| 取得资格名称 |  | 批准时间 |  | 证书编号No: |  |
| 档案管理号 |  |
| 市级人社部门意见 | （盖章）年月日 | 省级人社部门意见 | 该同志具备资格。（盖章）年月日 |

注：1.本表存放入本人档案；

 2.资格取得(批准)时间，以通过全部规定科目考试的时间为准。

附件3

补（换）发专业技术资格证书申请信息汇总表

填表单位：（盖章） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 取得资格时所在单位 | 系列名称 | 专业名称 | 资格名称 | 级别 | 原证书编号 | 取得时间 | 遗失声明 | 审核意见 | 备注 |
| 报刊名称 | 时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 审核人： 联系电话：

附件4 补（换）发职业资格证书申请信息汇总表

填表单位：（盖章） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 取得资格时所在单位 | 专业类别 | 资格名称 | 级别 | 原证书编号 | 取得时间 | 遗失声明 | 审核意见 | 备注 |
| 报刊名称 | 时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 审核人： 联系电话：