**广东省医药企业岗位证书培训报名表**

 **填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 学历 |   | 出生年月 |  |  贴照片处（大一寸 白底彩色照片） |
| 身份证号码 |  |
| 申报培训班名称 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 个人简介 |  |
| 身份证复印件粘贴处（双面）：（请贴好您的身份证复印件，并在表格内身份证号栏内正确填上身份证号码，以便核对） |
| 培训单位意见 |   （盖章） 年 月 日  | 鉴定机构意见  | （盖章） 年 月 日 |