

附件一

健康管理师（三级）认定个人申请表

姓 名		性 别		年 龄		文化程度		照 片 (1 寸白底)
户 籍		民 族				电子邮箱		
身份证 号码				工作 单位				
联系 电话				联系 地址				
毕业 时间						毕业 年度		
考生 来源						专 业		
从事相关 职业（工 种）连续 工龄								
培训单位								
评价机构 意见								
填表说明： 1. “户籍” 是指本人户口所在地 2. “毕业时间”是指已经毕业，取得毕业证的时间， 3. “毕业年度”是指毕业的学年，如 2019 年 9 月入学学生的毕业年度为 2021 年 9 月-2022 年 7 月。 4. “考生来源”是指①企业职工②院校学生③下岗失业人员④现役军人⑤农民工⑥其他人员。 5. “从事相关职业（工种）连续工龄”：相关职业是指卫生专业技术人员相关职业、医疗临床辅助服务员、公共营养师、生殖健康咨询师等。 6. “培训单位”是指经三级健康管理师正规培训达规定标准学时数并颁发结业证书的培训机构。								

年 月 日