附件1

 技能提升补贴个人申请表

　　　　　　　 　　　申请时间：2018年5月9日

|  |
| --- |
| **申请人基本信息** |
| 姓　名 | 罗玮 | 单位全称 | 四川太极大药房连锁有限公司 |
| 职工所在单位类型 | 其他有限责任公司 | 身份证号（社会保障号） | 50022519850620432x |
| 申请职业（工种） | 健康管理师 | 申请职业（工种）等级 | 三级 |
| 证书类别 | V□职业资格证书　□职业技能等级证书　 | 申请人联系电话 | 18982037230 |
| 证书取得时间 | □职业资格证书 2017 年 12 月 06日；□职业技能等级证书 年 月 日  |
| 证书编号 | □职业资格证书：1722010000307717□职业技能等级证书： |
| 发证机关 | □职业资格证书：成都市人力资源和社会保障局 □职业技能等级证书：  |
| 社会保障卡银行帐号或个人银行卡号 | 6217003800011932518 |
| 开户银行全称 | 中国建设银行股份有限公司成都北东街分理处 |
| 申请人真实性申明 | 本人承诺，以上申请内容属实，未重复申领技能提升补贴，如有虚假，所有法律责任由本人承担。　　　　申请人（本人签字）： 罗玮 2018 年 5 月9日 |
| **失业保险经办机构审核意见** | **证书审核部门审核意见** |
| 一、是否累计缴纳失业保险费36个月及以上：□是　　□否二、参保缴费是否符合条件：□是□否（原因）三、补贴金额：经办人： 负责人：年 月 日 | 一、证书类型及等级：职业资格证书职业（工种）名称：  等级：技能等级证书职业（工种）名称：  等级:二、证书取得时间： 年 月 日三、证书是否符合条件：□是□否（原因）经办人： 负责人：年 月 日 |