附件1

 技能提升补贴个人申请表

　　　　　　　 　　　申请时间：　　2018年　5　月　　13日

|  |
| --- |
| **申请人基本信息** |
| 姓　名 | 夏彩红 | 单位全称 | 四川太极大药房连锁有限公司有限公司 |
| 职工所在单位类型 | 零售 | 身份证号（社会保障号） | 510181197907094427 |
| 申请职业（工种） |  | 申请职业（工种）等级 |  |
| 证书类别 | □职业资格证书　□职业技能等级证书　√ | 申请人联系电话 | 13980528826 |
| 证书取得时间 | □职业资格证书 2017 年 12月 6日；□职业技能等级证书 2017 年 12月 6 日  |
| 证书编号 | □职业资格证书：□职业技能等级证书：1722010000307735 |
| 发证机关 | □职业资格证书： □职业技能等级证书：成都市人职业技能鉴定指导中心  |
| 社会保障卡银行帐号或个人银行卡号 | 6226202001536835 |
| 开户银行全称 | 中国民生银行 |
| 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）： 夏彩红 2018 年 5 月 13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： 健康管理师  等级: 三级二、证书取得时间： 2017 年12 月 6 日三、证书是否符合条件：□是□否（原因）经办人： 负责人：年 月 日 |