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 | | |