附件：

楚雄州“彝医药大师工作室”申报表

**申 报 单 位**

**工作室领衔人**

**工作室专业（工种）**

**填 报 时 间**

**云南省楚雄州全国公共就业服务能力提升示范项目工作**

**领导小组办公室制**

**二〇二二年 月**

楚雄州“彝医药大师工作室”申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位名称 |   |
| 单位性质 |  |
| 通讯地址 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 单位联系人 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 工作室领衔人姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 参加工作时间时间 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 所在部门及职务 |   |
| 联系电话 |  | 电子邮箱号 |  |
| 从事专业（工种） |  |
| 职业技能等级或专业技术职务 |  |
| 工作室地点 |   | 工作室面积 |  |
| 工作室基本设施 |  |
| 工作室成员基本情况 |
| 姓名 | 所在部门及职务 | 从事专业（工种） | 职业技能等级或专业技术职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 领衔人主要业绩贡献 |  |
| 领衔人主要荣誉 |    |
| 申报单位意见 |   （盖章）  2022年 月 日  |
| 属地人社部门意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 资格审查意见 |   年 月 日 |
| 专家组评审意见 | 　　　　　　 专家组组长：（签字）  年 月 日 |
| 云南省楚雄州全国公共就业服务能力提升示范项目工作领导小组意见 | 　　　　　　（盖章） 　　　　　年 　月 　 日 |