**公示情况报告**

(县、区、市)卫生健康委：

“2021年度卫生专业技术资格考试”我单位共有以下 人报名参加，分别是：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号码 | 毕业证书编号 | 毕业院校 | 专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**（考生人数多时把人员信息做成独立页面附后）**

以上人员的毕业证书信息真实有效，已于 年 月 日- 年 月 日在 进行公示，并且以上人员确有在我单位依法从事相关专业的实践经历。

如提供虚假证明，我本人及单位愿接受相关处理。

负责人签字：

单位公章

日期：