附件2

养老机构从业人员岗位补贴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片（一寸） |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地址 |  |
| 现工作单位 |  | 办公电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 现单位入职时间 |  | 入职我市养老机构时间 |  |
| 现从事岗位名称 |  | 现从事岗位起始时间 |  |
| 职业证书 | 证书名称 |  | 职业技能/专业技术等级 |  |
| 发证单位 |  | 获取时间 |  |
| 证书编号 |  |
| 其它证书 |  |
| 工作经历（按时间顺序从最近的经历开始填写） | 起止时间 | 机构名称 | 从事岗位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 金融社保卡开户行 |  | 金融社保卡卡号 |  |
| **声 明**本人承诺所提交信息及材料真实有效，符合政策要求，如有不实，由此产生的一切责任及后果由本人承担。申请人： 年 月 日 |
| 本机构承诺所提交的机构从业人员信息及补贴申报材料真实有效，符合政策要求，如有弄虚作假，机构负责追回补贴资金，并承担由此产生的一切责任及后果。所在单位负责人：（公章） 年 月 日 |
| 民政部门意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |