参保职工技能提升补贴申领表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申领人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 申领人联系电话 |  | 单位全称 |  |
| 申请职业(工种) |  | 申请等级 |  |
| 证书类别 | □职业技能等级证书  □职业资格证书 | 证书编号 |  |
| 证书取得时间 | □职业技能等级证书 年 月 日  □职业资格证书 年 月 日 | | |
| 申领人社会保障卡号(或银行卡号) | |  | |
| 申领人真实性承诺 | **本人承诺，上述申领内容属实，上述证书未享受过技能提升补贴，如有虚假，不得享受相关补贴，并承担相应法律责任。**    申领人签名： | | |