附件

社会工作者职业水平考试资格审核花名册

单位名称（章）＿＿＿＿＿＿＿ 联系人＿＿＿＿＿＿＿ 联系电话＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 报考号 | 身份证号 | 单位 | 学历及毕业时间 | 职称及评聘时间 | 专业工作满年数 | 报考级别 | 报考专业 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

符合报考人数共\_\_\_\_\_人（其中，社会工作师\_\_\_\_\_人，助理社会工作师 \_\_\_\_\_人）

业务主管部门（章）： 人社部门（章）：