附件

浙江省参保职工技能提升补贴申领表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **所在（原）企业名称** |  |
| **职业（工种）及等级** |  | **证书编号** |  |
| **联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **身份证号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **银行卡或社会保障卡号** |  |
| **技能补贴申领****情况** | □初次申请； □多次申请， 年 月已申领过 职业（工种） 级的技能提升补贴。 |
| 承诺书本人承诺以上内容及所提供的材料真实有效，如有虚假不得享受相关补贴，并承担相应法律责任。申请人签字：或代理人签字：代理人身份证号： |
| **经办****机构****审核** | 根据浙江省参保职工技能提升补贴政策有关规定，申请人取得 职业（工种） 级资格证书，（是、否）属本地区紧缺急需职业（工种）目录，可享受技能提升补贴 元。  （盖章） |

经办人（签章）： 复核人（签章）：