浙江省护士执业区域注册申请审核表

□首次 □再次 □变更 □延续

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本  情况 | 姓 名 | | 张三 | | | | 性别 | | | 男 | 民 族 | | | 汉 | | | 电子照片 | |
| 出生日期 | | XXXX年XX月XX日 | | | | | | | | 国 籍 | | | 中国 | | |
| 身份证号 | | XXXXXXXXXXXXX | | | | | 联系电话 | | | XXXXXXX | | | | | |
| 通过护士执业资格考试时间 | | | | | | | XXXX | | | 考试成绩 | | | XXXX | | |
| 毕业学校 | | XXXXXXX | | | | | | | | | | | | | |
| 所学专业 | | XXXX | | 学 位 | | | | XXX | | | 学 历 | | | XXX | |
| 毕业时间 | |  | | 学 制 | | | |  | | | 健康状况 | | |  | |
| 注册  单位  情况 | 名 称 | | XXXXX医院 | | | | | | | | | | | | 登记号 | | XXXXX | |
| 行政区划 | | XXXX | | 邮政编码 | | | | | XXXXX | | | | | 联系电话 | | XXXXXX | |
| 如果不是首次注册，请填写申请人工作详情 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现技术职称 | | XXXX | | | | 现工作科室 | | | | | | | XXX | | | 职务 | | XX |
| 工作类别 | | XXXX | | | | 参加工作时间 | | | | | | | XXX | | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 本人承诺：  一、上述信息和上传的材料真实完整，如有虚假，愿承担相应的法律责任。  二、健康状况符合下列标准：  1.无精神病史；  2.无色盲、色弱、双耳听力障碍；  3.无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。    承诺人签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 拟聘用申请人  工作单位意见  （由工作单位填写） | | | | 负责人签名： 单 位（ 盖 章 ）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 注册机关意见  （由注册机关填写） | | | | □准予注册 护士执业证书编号： □不准予注册 不准予注册理由：  单 位（ 盖 章 ） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

－ 9 －