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 －