**护士执业注册申请审核表**

姓 名 ：

执业证书编码 ：

填 表 时 间 ： 年 月 日

国家卫生健康委员会监制

**填 表 说 明**

1.本表仅供申请护士执业注册使用。

2.用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.学历应当填写护理或者助产专业最高学历。

5.健康状况填写良好、一般或者有慢性病。

6.工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

7.技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。

8.首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。

9.首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需执业机构填写意见。

10.使用的照片为近期小二寸免冠正面半身照。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （照片） |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 国 籍 |  | 健康状况 |  |
| 通过护士执业  考试时间 |  | 是否首次注册 | □是 □否 |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | |
| 毕业时间 |  | 毕业学校 |  | |
| 专 业 |  | 学 制 |  | |
| 学 历 |  | 学 位 |  | |
| 参加工作时间 |  | 手机号码 |  | |
| 现执业机构 |  | | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） | | | |
| 现工作科室 |  | | 技术职称 |  |
| 现工作类别 |  | | 职 务 |  |
| 拟执业机构 |  | | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） | | | |
| 拟工作科室 |  | | 技术职称 |  |
| 拟工作类别 |  | | 职 务 |  |
| 何时何地因何  种原因受过何  种奖励或表彰 |  | | | |
| 何时何地因何  种原因受过何  种处罚或处分 |  | | | |
| 其他要说明的  问题 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人学习经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 学校名称 | 专 业 | 学历/学位 |
|  | | | | |
| 个人工作经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 工作单位 | 职 务 | 职 称 |
|  | | | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | | |
| （拟）执业机构  意见 | 意见：□同意  □不同意  负责人签字：  印 章  年 月 日 | | | |
| 注册机关  意见 | 意见：□准予注册 护士执业证书编号：  □准予变更注册  □准予延续注册  □不准予注册  不准予注册理由：    印 章  年 月 日 | | | |