

附件1

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