附件1

浙江省护士执业区域注册申请审核表

□首次 □再次

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  | 电子照片 |
| 出生日期 |  | 国 籍 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通过护士执业资格考试时间 |  | 考试成绩 |  |
| 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 学 位 |  | 学 历 |  |
| 毕业时间 |  | 学 制 |  | 健康状况 |  |
| 注册单位情况 | 名 称 |  | 登记号 |  |
| 行政区划 |  | 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 如果不是首次注册，请填写申请人工作详情 |
| 现技术职称 |  | 现工作科室 |  | 职务 |  |
| 工作类别 |  | 参加工作时间 |  |
| 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。本人声明： 。声明人签字： 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 |