附件3

山东省护士执业培训考核合格证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 半年内免冠  二寸  照片  培训医院骑缝章 |
| 出生年月 |  | | 民 族 |  |
| 毕业学校 |  | | | |
| 学历 |  | | 所学专业 |  |
| 护士执业证书编号 | |  | | | |
| 拟工作单位 | |  | | | |
| 中断护士执业活动的起始时间 | |  | | | |
| 培训医院名称 | |  | | | |
| 培训范围 | |  | | | |
| 培训起止时间 | |  | | | |
| 培训考核结果 | | 培训医院（盖章）：  考核日期： 年 月 日 | | | |