附件2

**护 士 延 续 注 册**

**申请审核表**

**中华人民共和国卫生部制  
填 表 说 明**

1．本表供申请护士延续注册使用。

2．用黑色钢笔、签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3．本表的第1、2、3项由申请人填写，第4项由有关医疗卫生机构填写，第5项由注册机关填写。

4．表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

5．申请人学历，填写护理或者助产专业最高学历。

6．申请人健康状况，填写健康状况良好、一般或者有慢性病。

7．申请人工作类别，填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者

其他。

8．申请人现技术职称，填写护士、护师、主管护师、副主任护师、

主任护师、未评定。

9．使用的照片为近期二寸免冠正面半身照。

**护士延续注册申请审核表**

填报日期：       年     月     日

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓    名 |  | 性    别 |  | 民    族 |  |
| 出生日期 | 年       月      日 | | | 国    籍 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 毕业学校 |  | | | | |
| 所学专业 |  | | | 学    制 |  |
| 学    历 |  | 学    位 |  | | 健康状况 |  |
| 毕业时间 | 年     月     日 | | 护士执业证书编号 | |  | |
| 专业学习经历 | | | | | | |

**2．申请人工作单位及工作详情**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位名称 | |  | | |
| 单位登记号 | |  | | |
| 行政区划 | | 省(自治区/直辖市)             地区(市)            县（区） | | |
| 邮政编码 | |  | 单位电话 |  |
| 工作科室 | |  | 技术职称 |  |
| 工作类别 | |  | 职务 |  |
| 参加工作时间 | 年         月         日 | | | |
|  |  |  |  |  |

**3．申请人签名**

**4．申请人工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见：  同意□         不同意□    单位法定代表（授权者）签字 | 单位盖章 |
| 填写日期        年     月     日 | |

**5．注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 县（区）级卫生行政部门意见：  同意□         不同意□  （盖章）  填写日期      年   月   日 | 市级卫生行政部门意见：  同意□         不同意□            （盖章）  填写日期    年   月   日 |
| 省级卫生行政部门意见：  准予延续注册 □            不准予延续注册 □  不准予延续注册理由：  （盖章）  填写日期        年      月     日 | |

附件1

**护 士 执 业 注 册**

**申请审核表**

**中华人民共和国卫生部制**

**填 表 说 明**

1．本表供申请首次护士执业注册或者重新申请护士执业注册使用。

2．用黑色钢笔、签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3．本表的第1、2、3、4、5项由申请人填写，第6项由有关医疗卫生机构填写，第7项由注册机关填写。

4．表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

5．申请人学历，填写护理或者助产专业最高学历。

6．申请人健康状况，填写健康状况良好、一般或者有慢性病。

7．申请人工作类别，填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者

其他。

8．申请人现技术职称，填写护士、护师、主管护师、副主任护师、

主任护师、未评定。

9．使用的照片为近期二寸免冠正面半身照。

**护士执业注册申请审核表**

填报日期：       年     月     日

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓    名 |  | | 性    别 | |  | | 民    族 | |  |
| 出生日期 | 年       月      日 | | | | | | 国    籍 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 通过护士执业资格考试时间 | | | 年 | | | 考试成绩 | |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | 学    位 | |  | | | 学    历 | |  |
| 毕业时间 | 年    月    日 | | 学    制 | |  | | | 健康状况 | |  |
| 专业学习经历 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2．拟聘用申请人的工作单位情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位名称 |  | | |
| 单位登记号 |  | | |
| 行政区划 | 省(自治区/直辖市)             地区(市)            县（区） | | |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |

**3．是否首次注册** 是□           否□

**4．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 | 年       月        日 | | |
| 工作经历 | | | |

**5．申请人签名**

**6．拟聘用申请人工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见：  同意□         不同意□    单位法定代表（授权者）签字 | 单位盖章 |
| 填写日期        年     月     日 | |

**7．注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 县（区）级卫生行政部门意见：  同意□         不同意□  （盖章）  填写日期      年   月   日 | 市级卫生行政部门意见：  同意□         不同意□            （盖章）  填写日期     年   月   日 |
| 省级卫生行政部门意见：  准予执业注册 □              不准予执业注册 □  不准予执业注册理由：    （盖章）  填写日期      年    月    日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 护士注册健康体检表 | | | | | | | | | |
| 指定体检医院名称: | | |  |  |  |  | 体检日期:       年   月   日 | | |
| 姓    名 | |  | | | 性别 |  | 出生日期 |  | 近照 |
| 工作单位 | |  | | | | | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | 民族 |  |
| 即往病史 | |  | | | | | | |
| 家 族 史 | |  | | | | | | | 体检单位骑缝章 |
|  | 甲 状 腺 |  | | | | | 脊柱 |  | 医师签字: |
| 外 | 淋    巴 |  | | | | | 四肢 |  |
|  | 肛    门 |  | | | | | 关节 |  |
| 科 | 泌尿生殖器 |  | | | | | | |
|  | 其    它 |  | | | | | | |
|  | 血    压 |  | | | | | | | 医师签字: |
| 内 | 神经及精神 |  | | | | | | |
|  | 肺及呼吸道 |  | | | | | | |
|  | 心脏及血管 |  | | | | | | |
| 科 | 腹部器官 |  | | | | 肝 |  | |
|  | 脾 |  | |
|  | 其    它 |  | | | |  | | |
| 胸部X线透视 | |  | | | | | | 医师签字: | |
| 心  电  图 | |  | | | | | | 医师签字: | |
| 转  氨  酶 | |  | | 乙肝表面抗原 | | |  | 化验员签字: | |
| 五  官  科 | 眼 | 视 | 右 | 矫正 | 右 | | 其 它 |  | 医师签字: |
| 力 | 左 | 视力 | 左 | | 眼 疾 |
| 耳 | 听 | 右 | 耳 |  | | | |
| 力 | 左 | 疾 |
| 鼻及鼻窦    疾    病 |  | | | | | | |
| 咽   喉 |  | | | | | | |
| 其   它 |  | | | | | | |
| 主  检  结  果 | （以下部分请在符合的项目上用“√”表示：） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 结果：   1、健康或良好    2、一般或较弱     3、有慢性病 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| （如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示：） | | | | | | | | |
| 1、心血管病         6、结核病 | | | | | | | | |
| 2、脑血管病         7、糖尿病 | | | | | | | | |
| 3、慢性呼吸系统病   8、神经或精神疾病 | | | | | | | | |
| 4、慢性消化系统病   9、其它慢性病（具体） | | | | | | | | |
| 5、慢性肾炎                                    体检医院盖章 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 主检医师签字：                             填写日期：        年      月     日 | | | | | | | | |
| 注册机关意见 |  | | | | | | | | |
|
| 注册机关盖章 | | | | | | | | |
| 填写日期：         年      月      日 | | | | | | | | |
|  | 注: 1、表中内容请体检单位如实填写，不得涂改，不得弄虚作假。 | | | | | | | | |
|  | 2、体检后此表交注册机关。 | | | | | | | | |

3、X线、心电图、肝功报告单请贴在背面。