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。