护 士 延 续 注 册

申请审核表

**河南省卫生和计划生育委员会制**

**填 表 说 明**

1.本表供申请护士延续注册使用。

2.用黑色或蓝黑色钢笔填写，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**

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 | | | | | | |

1. **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 | | | |

1. **行政许可申请人承诺**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可  申 请 人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。  申请人（签字）： 年 月 日 |

**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 | |

1. **注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |
| --- |
| 准予延续注册 □ 不准予延续注册 □ |
| 不准予延续注册理由： |
| 注册机关盖章 |
| 填写日期 年 月 日 |

1. **承办人**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可  受理机关 | 承办人：  年 月 日 |