**天津市医疗机构执业护士拟聘证明书**

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 拟聘护士基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 护士职称 |  | 职务 |  |
| 获得护士职称时间 |  |
| 拟聘临床科室 |  |
| 拟聘医疗机构意见：法定代表人签字： 单位公章：  年 月 日 |