**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 | | | | | | |