**护 士 执 业 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.用黑色或蓝黑色钢笔填写，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**

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： |

1. **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 □

1. **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： |

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 |

1. **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 |

1. **注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |
| --- |
| 准予注册 □ 护士执业证书编号：  |
| 不准予注册 □ 不准予注册理由： |
| 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 |

**医疗机构护士拟聘用证明**

根据《中华人民共和国护士条例》的规定，兹证明 ，男/女， 岁， 族，身份证号码： ，拟聘为执业护士，拟聘用期限为 年，从 年 月 日到 年 月 日。特此证明。其所填写和上报的材料经查审核属实。如有隐瞒，愿承担相应责任。

 本人（签名）：

医疗机构法定代表人签字：

单位（盖章）：

年 月 日

 **河南省护士注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
|  工作单位（毕业院校） |  |
| 请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√） |
| 精神病 有□无□ 癫痫病 有□无□ 癔症 有□无□ 严重的神经官能症 有□无□ 吸食、注射毒品史 有□无□ 严重的心脏病、心肌病 有□无□慢性肾炎 有□无□ 尿毒症 有□无□传染性疾病 有□无□ 影响肢体活动的神经系统疾病 有□无□ |
| **内****科** | 血压 |  / mmHg | 心脏 |  | 医师意见签名 |
| 呼吸系统 |  | 腹部器官 |  |
| 神经系统 |  | 其他 |  |
| **外****科** | 身高 |  cm | 体重 |  Kg | 医师意见签名 |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 脊柱 |  | 四肢关节 |  |
| 肛门生殖器 |  | 其他 |  |
| **眼****科** | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 色觉功能 | 医师意见签名 |
| 左 | 左 |
| 眼底 |  | 其他 |  |
| **耳****鼻****喉****科** | 听力 | 左耳 米 右耳 米 | 医师意见签名 |
| 唇腭 |  | 嗅觉 |  |
| 耳鼻咽喉 |  | 其他 |  |
| **心电图检查** |  医师签名： |
| **胸部X线检查** |  医师签名： |
| **腹部超声检查** |  医师签名： |
| **检验报告单粘贴处**（必查项目：血常规、肝功能、肾功能） |
|   主检医师签字： 体检医疗机构公章  年 月 日 |