**附件1**

**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： | | | | | | | | | | |

**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.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 |

**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）**

|  |
| --- |
| 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 |

**承办人**

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

**附件2**

**医疗、预防、保健**机构聘用证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 所学系、  专 业 |  | 学历 |  |
| 取得  学历时间 |  | 专业技术  职 称 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 家庭地址及邮政编码、电话 |  | | | | |
| 聘用机构名称、地址、邮编及登记号 |  | | | | |
| 聘用时间  （年、月、日） |  | | | | |
| 聘用期  岗位 |  | | | | |
| 聘用期间  工作的基  本情况 |  | | | | |
| 聘用期的  考核情况 | 聘用机构法人 聘用机构公章  (负责人)签字： 年 月 日 | | | | |

**注：本表是护士执业注册专用，由聘用机构填写。**

**附件3**

**河南省护士执业注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | |