

附件 1

护士执业注册申请审核表

姓 名： xxx

执业证书编码： 2008410xxxxx

填表时间： 2019 年 9 月 5 日

国家卫生健康委员会监制

填 表 说 明

1. 本表仅供申请护士执业注册使用。
2. 用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。
3. 表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。
4. 学历应当填写护理或者助产专业最高学历。
5. 健康状况填写良好、一般或者有慢性病。
6. 工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。
7. 技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。
8. 首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。
9. 首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需执业机构填写意见。
10. 使用的照片为近期小二寸免冠正面半身照。

姓 名	xxx	性 别	女	(照片)
出生日期	1991.5.4	民 族	汉	
国 籍	中国	健康状况	良好	
通过护士执业 考试时间	2018	是否首次注册	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	
证件类型	身份证	证件号码	41010319910504xxxx	
毕业时间	2018	毕业学校	xxxxx	
专 业	护理	学 制	3 年	
学 历	本科	学 位	无	
参加工作时间	2018 年 5	手机号码	xxxxxx	
现执业机构			工作电话	
单位登记号			邮政编码	
行政区划	省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县）			
现工作科室			技术职称	
现工作类别			职 务	
拟执业机构	xxxxx		工作电话	xxx
单位登记号	xxxxx		邮政编码	xxx
行政区划	xxx 省（自治区/直辖市） xx 市（地区） xx 区（县）			
拟工作科室	xx		技术职称	护士
拟工作类别	临床护理		职 务	无
何时何地因何 种原因受过何 种奖励或表彰	无			
何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分	无			
其他要说明的 问题	无			

个人学习经历（与护理或者助产专业相关）				
开始时间	结束时间	学校名称	专 业	学历/学位
xx 年 xx 月--xx 年 xx 月在 xxxx 学校				
个人工作经历（与护理或者助产专业相关）				
开始时间	结束时间	工作单位	职 务	职 称
xx 年 xx 月--xx 年 xx 月在 xxxx 工作				
申请人签字：xxx		年 月 日		
(拟)执业机构 意见	意见： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 负责人签字： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 章 年 月 日 </div>			
注册机关 意见	意见： <input type="checkbox"/> 准予注册 护士执业证书编号：_____ <input type="checkbox"/> 准予变更注册 <input type="checkbox"/> 准予延续注册 <input type="checkbox"/> 不予注册 不予注册理由： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 章 年 月 日 </div>			

护士执业注册承诺书

本人符合《护士执业注册管理办法》(卫生部令第59号)第五条、第六条所列的条件与标准,没有《护士执业注册管理办法》第二十条所列不予注册的情形,所提交申请材料真实、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。

承诺人(本人签字): xxx

2019年9月5日

附:《护士执业注册管理办法》相关条款:

第五条 申请护士执业注册,应当具备下列条件:

- (一) 具有完全民事行为能力;
- (二) 在中等职业学校、高等学校完成教育部和卫生部规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习,包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习,并取得相应学历证书;
- (三) 通过卫生部组织的护士执业资格考试;
- (四) 符合本办法第六条规定的健康标准。

第六条 申请护士执业注册,应当符合下列健康标准:

- (一) 无精神病史;
- (二) 无色盲、色弱、双耳听力障碍;
- (三) 无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

第二十条 护士执业注册申请人隐瞒有关情况或者提供虚假材料申请护士执业注册的,卫生行政部门不予受理或者不予护士执业注册,并给予警告;已经注册的,应当撤销注册。