

附件 1

山东省护士执业注册 申请审核表

姓 名：_____

执业证书编号：_____

填 表 时 间：_____ 年_____月_____日

山东省卫生健康委员会制

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、重新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		性 别		照片 (近期小 2 寸)
出生日期		民 族		
国 籍		健康状况		
通过护士执业 资格考试时间		是否首次注册	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
证件类型		证件号码		
毕业时间		毕业学校		
专 业		学 制		
学 历		学 位		
参加工作时间		手机号码		
现执业机构			联系电话	
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			联系电话	
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)	
拟工作科室			技术职称	
拟工作类别			职 务	
何时何地因何 种原因受过何 种奖励或表彰				
何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分				
其他需要说明 的问题				

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
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
申请人签字：		签字时间： 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：			
	印 章 年 月 日			
注册机关 意见	意见： <input type="checkbox"/> 准予首次注册 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"/> 准予注销注册 <input type="checkbox"/> 不 准 予 注 册			
	不 准 予 注 册 理 由：			
				印 章 年 月 日

附件 2

山东省护士执业培训考核合格证明

姓 名		性 别		半年内免冠 二寸 照片 培训医院骑缝章
出生年月		民 族		
毕业学校				
学 历		所学专业		
护士执业证书编号				
拟工作单位				
中断护士执业活动的起始时间				
培训医院名称				
培训范围				
培训起止时间				
培训考核结果	培训医院（盖章）： 考核日期： 年 月 日			