

附件 5:

护 士 变 更 注 册 申 请 审 核 表

湖北省卫生厅

填 表 说 明

1. 本表供申请护士变更注册使用。
2. 用钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。
3. 本表的第 1、2、3、4 四项由申请人填写，第 5、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，填写健康状况良好、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。

护士变更注册申请审核表

填报日期： 年 月 日

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					
	毕业学校					
	所学专业				学 制	
学 历		学 位			健康状况	
毕业时间	年	月	日	护士执业证书编号		
专业学习经历						

2. 申请人原工作单位情况

原工作单位名称						
单位行政区划	省(自治区/直辖市)		地区(市)		县(区)	
邮政编码						
工作科室			技术职称			
工作类别			职务			
工作时间	年 月 日		至		年 月 日	

3. 申请人拟工作单位情况

拟工作单位名称						
单位行政区划	省(自治区/直辖市)		地区(市)		县(区)	
邮政编码						
拟工作科室			技术职称			
拟工作类别			职务			

4. 申请人签名_____

5. 申请人原工作单位意见（由工作单位填写）

工作单位意见： 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 单位法定代表（授权者）签字 _____	单位盖章
填写日期 年 月 日	

6. 申请人拟工作单位意见（由工作单位填写）

工作单位意见： 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 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）

准予变更注册 <input type="checkbox"/> 不准予变更注册 <input type="checkbox"/>
不准予变更注册理由：
注册机关盖章
填写日期 年 月 日