

附件 1:

护 士 执 业 注 册

申 请 审 核 表

湖北省卫生厅

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、5 项由申请人填写，第 6 项由有关医疗卫生机构填写。
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。

护士执业注册申请审核表

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					
	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. 申请人签名 _____

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

7. 县（市、区）卫生行政部门意见

同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	单位盖章
选择不同意的，请说明理由： _____	
审核人签字： _____	
负责人签字： _____	
填写日期 年 月 日	

8. 市（州）卫生行政部门意见

同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	单位盖章
选择不同意的，请说明理由： _____	
审核人签字： _____	
负责人签字： _____	
填写日期 年 月 日	

9. 省级卫生行政部门意见

准予注册 <input type="checkbox"/> 护士执业证书编号：
不准予注册 <input type="checkbox"/> 理 由：
审核人意见： 医政处负责人意见： 厅领导意见 <p style="text-align: right;">注册机关盖章：</p>
填写日期 年 月 日

附件 2:

湖北省护士执业注册体格检查表

姓 名		性 别		出生年月		
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 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	癫痫病	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>			
癔 症	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	严重的神经官能症	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>			
吸食、注射毒品史	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	严重的心脏病、心肌病	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>			
慢性肾炎	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	尿毒症	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>			
传染性疾病	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	影响肢体活动的神经系统疾病	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>			
内科	血压	/ mmHg		心脏	医师意见	
	呼吸系统			腹部器官		
	神经系统			其它	签字	
外科	身高			体重	医师意见	
	皮肤			颈部		
	脊柱			四肢关节		
	肛门生殖器			其它	签字	
眼科	裸眼视力	左	矫正	左	色觉功能	
		右	视力	右		
眼底			其它		签字	
耳鼻喉科	听力	左耳	米	左耳	米	医师意见
	唇腭			嗅觉		
	耳鼻咽喉			其它		签字

