附件1：

护士执业注册申请审核表

姓 名：

执业证书编码：

填 表 时 间： 年 月 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申请。

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.首次注册人员现功能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 |  | | 性 别 | |  | | 照片 |
| 出生日期 |  | | 民 族 | |  | |
| 国 籍 |  | | 健康状况 | |  | |
| 通过护士执业考试时间 |  | | 是否首次注册 | | 🗆是 🗆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 |  | | | | 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 |  | | | | 技术职称 | |  |
| 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： 年 月 日 | | | | | | | |
| （拟）执业机构意见 | 意见：🗌 同意  🗌 不同意  负责人签字：  印章  年 月 日 | | | | | | |
| 注册机关  意见 | 意见: 🗌准予注册 护士执业证书编号：  🗌准予变更注册  🗌准予延续注册  🗌不准予注册  不准予注册理由：  印 章  年 月 日 | | | | | | |

附件2：

吉林省护士执业注册体格检查表

体检医院： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性 别 | | | |  | | | 出生年月 | | | | | |  | | 照片 |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 民族 | |  | | | | | | | | 出生地 | | |  | | | | | | | |
| 工作单位（毕业院校） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族史 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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√）  如填写“有”，请做详尽描述。（包括：病种、分期、治疗情况） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神病 无□ 有□  癔症 无□ 有□  吸食、注射毒品史 无□ 有□  慢性肾炎 无□ 有□  慢性呼吸系统病菌 无□ 有□  慢性消化系统疾病 无□ 有□  传染性疾病 无□ 有□ | | | | | | | | | | 癫痫病 无□有□  严重的神经官能症 无□有□  器质性心脏病、心肌病 无□有□  尿毒症 无□有□  影响肢体活动的神经系统疾病 无□有□  结核病 无□有□  糖尿病 无□有□ | | | | | | | | | | | |
| 基本情况 | 身高 | | | | cm | | 体重 | | | Kg | | | | | 血压 | | / mmHg | | | 医师签字： | |
| 内科 | 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | 心脏及血管 | | | | |  | | | | | 医师意见：  签字 | |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | 腹部器官 | | | | |  | | | | |
| 腹部器官 | | | |  | | | | 肝 | |  | | | | 脾 | | |  | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 甲状腺 | | | |  | | | | | 脊柱 | | | |  | | | | | | 医师意见：  签字 | |
| 脊柱 | | | |  | | | | | 皮肤 | | | |  | | | | | |
| 淋巴 | | | |  | | | | | 四肢关节 | | | |  | | | | | |
| 肛门 | | | |  | | | | | 泌尿生殖器 | | | |  | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸眼  视力 | | 左 | | | | | 矫正视力 | | 左 | | 色觉  功能 | | | | 左 | | | | 医师意见：  签字 | |
| 右 | | | | | 右 | | 右 | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻  喉科 | 听力 | | | 左耳 米 右耳 米 | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签字 | |
| 唇腭 | | |  | | | | | | 嗅觉 | |  | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦疾病 | |  | | | | | | | |
| 胸部X线  正位片 | 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验单粘贴处（必检项目）  心电图：  肝 功：（谷丙转氨酶）  肾 功：（肌酐尿素氮）  血常规： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论（以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）  结果：1.健康或良好 2.一般或较弱 3.有慢性病  主检医师签字：  体检医院公章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件3

护士临床培训考核证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 | |  | | 贴照片处 |
| 学历 |  | 民族 |  | 性别 |  |
| 专业 |  | 身份证号 | |  | |
| 毕业  时间 |  | 通过护士资格  考试时间 | |  | |
| 职称 |  | 中断注册年限 | |  | | |
| 培训医院名称及科室 | |  | | | | |
| 培训起止时间 | |  | | | | |
| 培训期间基本情况  （由培训单位填写） | |  | | | | |
| 考核结果  及培训单位意见 | | 培训结果 ：□合格 □不合格  培训单位  负责人签字：  年 月 日  单位（公章） | | | | |

附件4

《护士执业证书》注销注册申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | **性 别** |  | **身份证号** |  |
| **民族** |  | | **申请**  **时间** |  | | **联系方式** |  |
| **工作单位** | | |  | | | | |
| **护士执业证书编号** | | |  | | | | |
| **护士执业证书注册日期** | | |  | | | | |
| **注销注册原因** | | 注册有效期届满未延续注册 （ ）  受吊销《护士执业证书》处罚 （ ）  护士死亡或者丧失民事行为能力 （ ）  自愿注销注册 ( )    执业机构法定代表人（负责人）签名：  公章  年 月 日 | | | | | |
| **注册机关意见** | | 负责人：  公章  年 月 日 | | | | | |
| **记录** | | 注销注册时间：  经办人： | | | | | |

附件5

《护士执业证书》补发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | 照  片 |
| 民族 |  | 学历 |  | 遗失时间 |  |
| 毕业学校 | |  | | | |
| 工作单位 | |  | | | |
| 护士执业证书编号 | | |  | | | |
| 护士执业证书注册时间 | | |  | | | |
| 申请补发证书原因 | | |  | | | |
| 执业机构意见 | | 负责人： 公 章  年 月 日 | | | | |
| 卫生健康行政部门  意见 | | 负责人： 公 章  年 月 日 | | | | |
| 记录 | | 补发时间： 经办人： | | | | |

附件6

《护士执业证书》信息修改申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 联系方式 |  | 白底  照  片 |
| 身 份 证 号 | |  | | | | |
| 工 作 单 位 | |  | | | | |
| 护士执业证书编号 | |  | | | | | |
| 申请修改  信息内容 | | 错误内容：  正确内容：  申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 执业机构  意 见 | | 负责人签字：  公 章  年 月 日 | | | | | |
| 卫生健康  行政部门  意 见 | | 负责人签字： 公 章  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | |