附件3

**护 士 变 更 注 册**

**申请审核表**

**中华人民共和国卫生和计划生育委员会制**

**填 表 说 明**

1．本表供申请护士变更注册使用。

2．用黑色或蓝色钢笔或者签字笔填写或打印，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。

10.网上下载的表格不得改变其样式和规格，凡要求的资料需用A4纸打印或复印并按顺序提交。

**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□ 不同意□    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□ 不同意□    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□ 不准予变更注册□ |
| 不准予变更注册理由： |
| 注册机关盖章 |
| 填写日期 年 月 日 |