附件1

广东省护士执业注册

申请审核表

姓 名：

执业证书编号：

填表时间 ： 年 月 日

广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 |  | 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） |
| 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： □ 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

广东省注销护士执业注册

申请审核表

姓 名：

执业证书编号：

材 料 编 号：

广东省卫生健康委员会制

填表说明

1.此表由申请人或医疗卫生机构填写，医疗卫生机构及注册机关予以审批。

2.用黑色或蓝色钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.如护士电子化注册系统中已有嵌入的申请表格，以系统为准。

广东省注销护士执业注册申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 近期小2寸近照 |
| 身 份 证 号 码 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 现执业机构名称 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 执业证书编号 |  |
| 注 册 机 关 |  |
| 注 册 有 效 期 |  |
| 被注销执业注册护士签字： 签字时间： 年 月 日（备注：此栏非必填项，如是护士本人申请，则必须签字，并同时提交《护士执业证书》原件） |
| 执业机构意见 | 申请注销原因：□ 本人主动申请□ 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□ 受刑事处罚的负责人签字： 印 章 年 月 日 |
| 注册机关意见 | 意见：□ 准予注销注册□ 不准予注销注册不准予注册理由： 印 章 年 月 日 |

附件3

广东省护士执业证书遗失

补证申请审核表

姓 名：

执业证书编号：

材 料 编 号：

广东省卫生健康委员会制

填表说明

1.此表由申请人填写，医疗卫生机构及注册机关予以审批。

2.用黑色或蓝色钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.如护士电子化注册系统中已有嵌入的申请表格，以系统为准。

广东省护士执业证书遗失补证申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 近期小2寸近照 |
| 身份证号号码 |  □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 现执业机构名称 |  |
| 联系电话 |  |
| 执业证书编号 |  |  |
| 注册机关 |  |
| 注册有效期 |  |
| 申请补发理由：申请人签字： 签字日期： 年 月 日 |
| 现执业机构意见：法定代表人签名（章）：  印 章 年 月 日 |
| 注册机关意见： 印 章 年 月 日 |

附件4

医疗卫生机构拟聘用人员证明

 兹有 为我院护理工作人员，经临床理论及技术考核合格，拟安排在 岗位（填写到最小护理单元），同意其申请护士执业注册。

 单位盖章（公章）

 年 月 日

附件5

广东省护士执业注册健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片（加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 既往病史 |  |
| 家 族 史 |  |
| 眼 | 裸眼视力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名： |
| 矫正视力 |  |  |
| 眼 疾 |  |  |
| 色 觉 |  |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名： |
| 耳 疾 |  |  |
| 鼻及鼻窦 |  |  |
| 嗅 觉 |  |
| 咽 |  |
| 喉 |  |
| 内科 | 呼吸 | 次／分 | 脉搏 | 次／分 | 血压 | ／ mmHg | 医师意见：签名： |
| 发育及营养 |  |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 肝、脾、双肾 |  |
| 腹部包块 |  |
| 其 他 |  |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 医师意见：签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四肢 |  |
| 其 他 |  |
| 辅助检查结果 | 胸 片 |  | 医师签名： |
| 心电图 |  | 医师签名： |
| 肝功能 |  | 检验师签名： |
| 血常规 |  | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | 检验师签名： |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）**①健康或正常 ②有色盲□、色弱□、双耳听力障碍□ ③传染病活动期****④有精神病史 ⑤其他影响履行护理职责的疾病、残疾或功能障碍**如选择上述结果**②③**④⑤项之一者，请具体说明： ..医师签名：体检医院盖章： 　 体检日期： 年 月 日 |
| 执业机构意见 |  负责人签名（章）： 执业机构盖章： 填表日期： 年 月 日 |

附件6

广东省护士执业注册临床实习证明

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **临床实习专科** | **实习时间（时间起止及周数）** | **证明人** |
| 内科 |  共 周 |  |
| 外科 |  共 周 |  |
| 妇科 |  共 周 |  |
| 儿科 |  共 周 |  |
| 其他： |  共 周 |  |

今有 学校（护理/助产）专业 年级 班学生 在我医院完成 月临床实习。实习临床专科如下:

特此证明。

 实习手册查验：

 实习医院（签名盖章）

 年 月 日

附件7

广东省护士执业注册3个月临床护理（助产）培训及考核证明

 今有 （证件号码： ）按照《广东省卫生健康委 广东省中医药局关于护士执业注册的管理办法》（粤卫规〔2019〕 号）第十三条要求，在我院进行3个月临床培训，时间自 年 月 日至 年 月 日止。

 培训科室和时长如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **科室名称** | **培训时长（周）** | **证明人（签字）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

培训后考核结果：

特此证明。

 培训及考核医院（盖章）

 年 月 日