附件：

**医疗机构拟聘用证明**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸免冠正面半身彩色照片 |
| 毕业学校 |  | 毕业年月 |  |
| 学历 |  | 所学系、专业 |  |
| 住所地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 移动电话 |  |
| 护士资格证书编码 |  |
| 技术职称 |  | 护士注册岗位（临床、行政管理、护理教育、预防保健等） |  |
| 拟聘用单位名称 |  |
| 学习经历 |  |
| 聘用单位意见 | 聘用期限： 年 月 日— 年 月 日，其中试用期为 年 月 日--- 年 月 日。 负责人签名： （公章） 年 月 日 |
| 备注 |  |