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 |  | | | | | | | | |