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） | | | | |