附件

**护士执业资格考试合格考生信息修改审核表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | 男□ 女□ | （近6月免冠2吋彩色证件照） |
| **出生日期** |  年 月 日 |
| **毕业学校** |  |
| **专 业** |  |
| **学 历** |  |
| **证件类型** |  |
| **证件编号** |  |
| **考试年度** |  |
| **准考证号** |  |
| **护理（士）资格证书编码** |  |
| **取得护理（士）资格证书时间** | □□□□年□□月□□日 |
| ***以上为修改前护士注册信息！*** |
| **申请修改内容** | 姓名□ 性别□ 国家□ 民族□ 证件类型□ 证件编号□ 出生日期□ 学历□ 学位□ 学制□毕业学校□ 毕业时间□ 所学专业□  |
| **修改为** |  |
| **修改原因** | 相关信息发生变化 □ 报名时填写错误□ 其他□ |
| **修改原因****具体说明** |  |
| **考试报名所在考点的卫生行政管理部门审核意见：**经审核，符合规定，**同意**修改。考试报名所在考点的卫生行政管理部门盖章  经办人签字： 日期：  | **省级卫生行政管理部门审核意见：**经审核，符合规定，**同意**修改。省级卫生行政管理部门盖章  经办人签字： 日期：  |

**注：**1.“□”内不能为空，“是”打“√”，“非”打“×”。

2.用蓝黑色或黑色钢笔、签字笔填写，不得涂改。