附件2

军队卫生人员参加卫生专业技术资格考试报名资格审核名册

|  |  |
| --- | --- |
| 师以上单位审核机关:(盖章)  | 年 月 日 |
| **序号** | **基本情况** | **档案号** | **报考专业代码** | **医师、护士执业资格情况** | **专业技术资格情况** |
|  | **姓名** | **性别** | **身份类别** | **最高学历** | **证件号码** |  |  | **执业资格** | **执业证书****编码/编号** | **资格名称** | **资格时间** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1、身份类别：填写现役干部、非现役文职人员或护理士官。 2、医师、护士执业资格情况：报考代码301至365专业必须具有相应专业执业医师资格，填写医师执业证书情况； 报考代码203、204、368至374专业必须具有执业护士资格，填写护士执业证书情况。 3、此名册一式3份：报名单位、审核机关各存档一份，报名时给地方考试机构备案一份。 |