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） |