附件2

浙江省护士多机构执业备案信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 学历 | |  |  |
| 身份证号码 |  | | | | | | 照片 |
| 护士执业证号 码 |  | | 执业证书  有效期 | |  | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 现主要执业机 构 |  | | | | | |
| 多机构执业  备案时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | |
| 上述信息和上传的材料真实完整，如有虚假，愿承担相应的法律责任。  本人声明： 。  声明人签字： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 新增备案  执业机构  意 见 | 负责人签名： 单位 （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 取消备案  执业机构  意 见 | 负责人签名： 单位 （盖 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 备案执业  机构卫生  行政部门  意 见 | 单 位（ 盖 章 ） 年 月 日 | | | | | | |