附件1

**纠错《护士执业证书》申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 学 历 |  |
| 执业证书编号 |  |
| 家庭地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 纠错内容 | 原内容 |  |
| 应更正为 |  |
| 纠错理由： 签 名： 年 月 日 |
| 执业单位意见 |   盖章  年 月 日  |
| 地（州、市）卫生行政部门审查意见 |  盖章  年 月 日  |
| 省级卫生行政部门审查意见 | 盖章 年 月 日 |