附件4

|  |
| --- |
| **护士聘用证明** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 职 称 |  | 学 历 |  |
| 身份证号码 |  |
| 拟执业机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 医疗机构地址 |  |
| 拟执业医疗机构核准科目 |  |
| 我单位聘用 在 科从事 岗位工作. 聘期 年, 自 年 月 日起至 年 月 日止。 |
|  法定代表人签字： 单位盖章 年 月 日 |

注：本表由执业机构用钢笔或者签字笔填写,内容真实,字迹清晰.