

附件2

护理岗位技能竞赛活动参赛资格审查表

姓 名		性 别		出生年月 (岁)		贴照片处
专 业		学 历		职 称		
工作单位						
参赛项目	个人赛 ☐ 团体赛 ☐					
工作简历						
单位意见	盖章 年 月 日					
县(市、区)卫生计生局意见	盖章 年 月 日					
市卫生计生委(局)意见	盖章 年 月 日					
全区护理岗位技能竞赛活动组委会办公室意见	盖章 年 月 日					

- 注：1. “参赛项目”栏，请在相应参赛项目后的□内划“√”；
2. “单位意见”栏，请所在单位注明该同志是否政治合格、爱岗敬业、具有扎实的专业知识和良好的专业技能，既往有无医疗事故和违法违纪情况；
3. “县(市、区)卫生计生局意见”栏，请注明该同志是否参加县级初选和初赛，以及在县级初选、初赛中的具体成绩；
4. “市卫生计生委(局)意见”栏，请注明该同志是否参加市级复赛，以及在市级复赛中的具体成绩；
5. 报名时，请附身份证、护士执业证书复印件，所在单位出具的工作时间证明，审查表和相关证明材料复印件各报纸质一式1份，1寸彩色近照3张(含审查表内1张)。