附件1

编号：

台籍护士短期执业备案凭证

　　兹有以下\_\_\_\_名台籍护士，于\_\_\_\_年\_\_\_\_月向我委（局）申请《台籍护士短期执业备案》，依据《福建省卫生健康委员会关于做好台湾地区护士来闽执业相关工作的通知》，现我委（局）已备案，备案时间为\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，执业地点为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，有效期为\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，特此备案。

　　护士具体名单如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 台湾身份证号码 | 护士执业证书号 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

 （备案机关名称）

　　（审批专用章）　\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_