

第 1 部分：个人信息

申请人： *请填写签名和日期，并将此表发送给以前或现在的用人单位。用人单位必须填写完成此表。如果申请人有多个单位或职位，请每个单位的每个职位填写一张表。

申请人现用名：			
在医院就业时的姓名 (如不同)：			
其他姓名：			
医院/单位名称：			
雇佣日期：	至	出生日期	
电子邮件：		手机号码	
邮寄地址：			
*申请人签名：		*签字日期	

(月-日-年)

我， _____，特此同意 _____ 来提供此表的 B、C 部分所要求的工
(申请人的名字) (现在或以前的用人单位负责人名字)

作单位的护理工作信息，并将填写完成的表格直接邮寄给以下的地址：

北京益友中康国际教育咨询有限责任公司
标注：ANCC 项目
北京市西城区黄寺大街 24 号院 明湖大厦 A 座一层 123
邮编：100120

申请人签名： _____ 签字日期： _____
(年/月/日)

用人单位负责人签名： _____

用人单位负责人职位： _____

如果您有任何问题，请联系中康国际 ANCC 项目。电话 400-6666-854，或访问我们的网站 www.cgfnsch.org。

此表格对于以下的人员和用人单位有效

第 2 部分: 护理实践/就业信息

由用人单位填写。请提供以下关于本申请人的护理实践/工作的信息（英文），填写全名（请勿填写缩写或简称）。

不要留空行。对于不适用的问题，请填写无

申请人在职期间使用的姓名: _____

申请人的职位: _____

(提供申请人该职位的完整名称)

工作性质: (选一个)

<input type="checkbox"/> 全职	<input type="checkbox"/> 兼职	<input type="checkbox"/> 临时工
<input type="checkbox"/> 其他 (请在下面具体说明)		

申请人工作的实习场所或科室的名称:

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 手术室	<input type="checkbox"/> 儿科
<input type="checkbox"/> 精神病科/心理健康	<input type="checkbox"/> 老年病学/老年学	<input type="checkbox"/> 社区健康护理
<input type="checkbox"/> 妇产科	<input type="checkbox"/> 普通护理	<input type="checkbox"/> 急诊/灾难管理
<input type="checkbox"/> 门诊科	<input type="checkbox"/> 心血管科	<input type="checkbox"/> 高级公共卫生
<input type="checkbox"/> 信息管理	<input type="checkbox"/> 个案管理	<input type="checkbox"/> 护理管理/行政
<input type="checkbox"/> 专业发展	<input type="checkbox"/> 疼痛科	
<input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明)		

描述该申请人工作的场所或科室的患者人群 (受照顾患者) 的特征:

过去五自然年，每一年的总护理工作时间总数 (不是每周工作时间)，年份 1 是最近 1 个自然年的:

年份 1 (2017 年): _____ 小时 年份 2 (2016 年): _____ 小时 年份 3 (2015 年): _____ 小时
 年份 4 (2014 年): _____ 小时 年份 5 (2013 年): _____ 小时

申请人从业日期: _____
 (年/月/日)

申请人是否仍旧在职

<input type="checkbox"/> 在职	<input type="checkbox"/> 不在职
-----------------------------	------------------------------

如果不在职，申请人的离职日期: _____
 (年/月/日)

申请人合同到期日期: _____
 (年/月/日)

就业类别/类型：

<input type="checkbox"/> 有执照的护士	<input type="checkbox"/> 登记护士	<input type="checkbox"/> 注册护士
<input type="checkbox"/> 护师 (NP)	<input type="checkbox"/> 临床护理专家 (CNS)	<input type="checkbox"/> 注册精神科精神科护士
<input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明)		

该申请人有没有受过纪律处分或被辞职？

有

没有

该申请人的实习过程中使用的主要语言是什么？ _____

该申请人提供护理服务的患者人群的主要语言是什么？ _____

第 3 部分: 负责人/管理者的身份

由获得授权的官员/主管填写本申请人的就业信息。

请完整填写所有名称 (请勿缩写或简称)。

印刷体姓名: _____ 官方头衔: _____

电话号码: _____ 备用电话号码: _____
(格式 123-456-7890 带国家编号)

电子邮件地址: _____ 网站地址 (如果有的话): _____

我保证以上所有的信息都是真实和准确的 (以下签名)。

负责人签字: _____ 签字日期: _____
(日/月/年)

[本文件需官方签署和签署日期才能被接受。]

本表格中填写或附加的所有信息均会被保密。为了确保正确接收, 请把下面的标识贴在信封上并写上回信地址, 直接邮寄表格至中康。

北京益友中康国际教育咨询有限责任公司
ANCC 项目
北京西城区黄寺大街 24 号院
明湖大厦 A 座一层 123
邮编: 100120 电话: 400-6666-854

如果您有任何疑问, 请通过拨打 400-6666-854 联系中康。