

## 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](http://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**       在职       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？

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 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。**