应提交卫生计生行政主管部门认可的机构培训三个月并考核合格的证明

兹证明　　　　（居民身份证号码： ），年　月　日至 年 月 日在我单位进行3个月的培训，经考核成绩合格。

单位名称（电子印章）

年　月　日

（涉及事项名称）

护士执业注册