|  |  |
| --- | --- |
| **事项名称：** | **护士执业变更** |
| **事项编码：** | **7900-A-04200-140431-04** |
| **所属部门：** | **沁源县行政审批服务管理局** |
| **监督电话：** | **0355-7832296** |
| **办理时间：** | **周一至周五： 夏季上午8:00-12:00 下午:15:00-18:00 冬季上午8:00-12:00 下午:14:30-18:00** |
| **办理地点：** | **沁源县人民路北段政务服务中心** |
| **办理部门：** | **沁源县行政审批服务管理局** |
| **联系电话：** | **0355-7837654** |
| **是否收费：** | **否** |
| **收费阶段：** | **无** |
| **法定时限：** | **20个工作日** |
| **承诺期限：** | **1个工作日** |
| **要件材料：**  **1、山西省护士执业注册“一单通”申请审核表**  **2、护士执业证书**  **3、2护士执业注册申请审核表** | |