附件2

养老服务机构护理人员名册（模板）

申请单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构类型 | □企业 □事业单位 □民办非企业 | | | | | |
| 序号 | 护理人员基本信息 | | | | | |
| 1 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 从业年限 | 是否持证 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

本单位承诺：（请在空白处书写“所填内容及提交材料真实有效”）