　　重 庆 市 护 士 注 销 执 业 注 册申请审核表

　　姓 名：

　　证书编号：

　　重庆市卫生健康委员会制

　　填表说明

　　1. 此表由护士填写。

　　2. 医疗卫生机构及时将符合注销注册条件的人员向注册机关报告并及时提交表格。

　　3. 注册机关经审核后，在护士执业注册联网管理信息系统( 管理版)上予以确认。

　　护士注销执业注册申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | |
| 工作单位名称： | | | | | |
| 邮政编码： | | | 联系电话： | | |
| 执业证书编号： | | | | | |
| 注册机关： | | | | | |
| 注册有效期： | | | | | |
| 申请注销原因：        申请人签名： | |  | 年 月 日 | | |
| 执业机构意见：        负责人签名： | |  | （盖章） 年 月 日 | | |
| 注册机关意见：        签名： | |  | （盖章）  年 月 日 | | |