**护士注销注册申请审核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码： |
| 工作单位名称： | 单位联系电话： |
| 本人联系电话： |
| 护士执业证书编号： | 注册机关： | 注册有效期： |
| 申请注销原因： 年 月 日 |
| 工作单位意见：签名： （盖章）  年 月 日 | 县（市、区）卫生行政部门意见：签名： （盖章）  年 月 日 |
| 注册机关意见：签名： （盖章）  年 月 日 |