**浙江省护士注销注册申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号码：  |
| 工作单位名称： |
| 联系电话： |
| 执业证书编号： |
| 申请注销原因： 年 月 日 |
| 执业机构意见：（盖章）签名： 年 月 日  | 主管卫生行政部门意见：（盖章）签名： 年 月 日  |
| 卫生行政部门终审意见：签名： （盖章） 年 月 日 |