**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 | | | | | | |