附件2

广东省注销护士执业注册

申请审核表

姓 名：

执业证书编号：

材 料 编 号：

广东省卫生健康委员会制

填表说明

1.此表由申请人或医疗卫生机构填写，医疗卫生机构及注册机

关予以审批。

2.用黑色或蓝色钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.如护士电子化注册系统中已有嵌入的申请表格，以系统为准。

5.**如由主要执业机构主动向注册部门提出注销注册申请，可不提交照片。**

广东省注销护士执业注册申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 年 龄 | |  | 近期小2寸  近照 |
| 身 份 证 号 码 | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | |
| 现执业机构名称 | |  | | | | | | |
| 联 系 人 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 执业证书编号 | |  | | | | | | | |
| 注 册 机 关 | |  | | | | | | | |
| 注 册 有 效 期 | |  | | | | | | | |
| 被注销执业注册护士签字： 签字时间： 年 月 日  （备注：此栏非必填项，如是护士本人申请，则必须签字，并同时提交《护士执业证书》原件） | | | | | | | | | |
| 执业机构  意见 | | 申请注销原因：  □ 本人主动申请  □ 注册有效期届满未延续注册  □ 受吊销《护士执业证书》处罚  □ 护士死亡或者丧失民事行为能力  □ 受刑事处罚的  负责人签字：  印 章  年 月 日 | | | | | | | |
| 注册机关  意见 | | 意见：  □ 准予注销注册  □ 不准予注销注册  不准予注册理由：  印 章  年 月 日 | | | | | | | |