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 |