**护士注销注册申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 执业证书编号 |  |
| 执业证书注册日期 |  |
| 注销注册原因 | 中断护理执业活动超过3年 □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 □执业机构法定代表人(负责人)签名： 公 章年 月 日 |
| 注册机关意见 |  负责人： 公 章 年 月 日 |

申请需提供的材料： 1.《护士注销注册申请表》一式2份；

 2.《护士执业证书》原件及复印件；

 3.注销注册原因相关证明材料。