附件1

济宁市2017年度护士执业注册集中办理汇总表

　　填报单位： 填报人： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 姓名  | 性别  | 身份证号  | 拟注册医疗机构名称  | 通过考试年度  | 县市区/功能区/市直单位审核意见  | 备注  |
|    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |    |
| 合计人数  |    |