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 |  | | | | | | |