附件3：

济宁市2017年度护士注销注册集中办理汇总表

　　填报单位： 填报人： 填报日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 医疗机构名称 | 身份证号码 | 注销原因 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计人数 |  | | | |