|  |
| --- |
| **2019年度护士执业资格考试医疗单位报送登记表（新报考生）** |
| **报送单位：费用合计元** |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **电话** | **报名费收取（元）** | **考生递交材料　 签名/时间** | **备注** |
| 1 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 2 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 3 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 4 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 5 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 6 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 7 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 8 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 9 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 10 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 11 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 12 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 13 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 14 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 15 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 16 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 17 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 18 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 19 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |
| 20 | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ | ​ |