

付款種類 390

(ii) 前往香港灣仔皇后大道東 213 號胡忠大廈 17 樓衛生處會計部以現金繳付。

2. 地址 : _____

電話 : _____

<u>種類</u>	<u>註冊號碼</u>	<u>註冊日期</u>
〔請在合適方格內填上‘√’〕		

☐ 註冊護士〔普通科〕

☐ 註冊護士〔精神科〕

☐ 註冊護士〔弱智人士科〕

☐ 註冊護士〔病童科〕

訓練醫院名稱 _____ 訓練日期〔日/月/年〕 _____

由 _____

至 _____

本人現授權香港護士管理局將本人上述的核實註冊資料寄交：

簽名： _____
日期： _____

付款詳情

收據號碼：_____ 核實證明書發出日期：_____

款項：_____

日期：_____