乡村医生证事项办理服务指南

**一、实施机关**

    博湖县卫生健康委员会

**二、实施依据**

   1、国务院《乡村医生从业管理条例》（国务院令第386号第二条，第三条）。

2、《新疆维吾尔自治区乡村医生执业注册管理办法（试行）》（新卫农卫发〔2005〕12号）第一章。

3.《新疆维吾尔自治区乡村医生执业注册管理办法》 新卫基层卫生函〔2020〕8号 全文

**三、受理条件**

    乡村医疗卫生机构工作人员

**四、办理材料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 数量 | 备注 |
| 1 | 乡村医生执业注册申请表 | 1份 | 原件 |
| 2 | 自治区乡村医生执业考试成绩合格单 | 1份 |  |
| 3 | 乡村医疗卫生机构出具的乡村医生拟聘用证明 | 1份 | 原件 |
| 4 | .申请人在二级及以上医疗机构健康体检证明 | 1份 | 原件 |
| 5 | 相关学历证明、证书 | 1份 | 原件 |
| 6 | 由近期二寸免冠正面半身照片 | 两张 | 原件 |
| 7 | 申请人身份证明 | 1份 | 原件 |

**五、办理流程图**

不具备审批条件的或不属于本行政机关职权范围内的，即时告知并作出不予受理的决定

材料齐全或符合要求的

县卫健委基层卫生科协调受理

审查、批准

出件

**六、办理时限**

    资料齐全并符合所有条件者即时办理。

**七、收费标准**

    不收费

**八、办理地址：**博湖县行政服务中心（博湖县卫生健康委员会窗口）

    联系电话：0996-6622108

**九、办理时间：**星期一至星期五（法定节假日除外）

    上午10：30-13：30  下午：16：30-18：30

1. **常见问题**

暂无常见问题。

**十一、办理材料示范样本和空白样本**

乡村医生执业注册申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | 出生  年月 | | 年 月 | 照片 |
| 学历 |  | | 所学系、专业 |  | | 政治  面貌 |  | | 从事乡村医生时间 | |  |
| 执业机构名称及登记号 | | |  | | | | | | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | | | | | |
| 个人简历填写  初中毕业后经历 | | | | |  | | | | | | | |
| 原乡村医生证书颁发部门及编号(如没有，填写首次申请) | | | | |  | | | | | | | |
| 何时何地参加继续医学教育或培训，是否取得合格证书 | | | | |  | | | | | | | |
| 受过何种奖励或处分 | | | | |  | | | | | | | |
| 参加本次执  业注册前培  训情况 | | 年 月 日（章） | | | | | | | | | | |
| 拟聘任机构  意见 | | 年 月 日（章） | | | | | | | | | | |
| 执业注册考  核、考试情况 | | 年 月 日（章） | | | | | | 成  绩 | | 附成绩证明  年 月 日 | | |
| 县级卫生健康行政部门准予注册的意见（如准予注册、填写证书编号） | | 准予注册  证书编号：  年 月 日（章） | | | | | | | | | | |

**乡村医生执业注册拟聘用证明**

我院（所、站）拟聘用 同志为 乡村医生。该同志不存在下列情况：

一、不具有完全民事行为能力；

二、受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请注册之日止不满二年；

三、受吊销《医师执业证书》行政处罚，自处罚决定之日起至重新申请注册之日止不满二年；

四、甲类、乙类传染病传染期、精神病发病期或者身体残疾等健康状况不适宜、不胜任医疗、预防、保健业务工作。

五、拟聘用期限: 自 年 月 日至 年 月 日止。

特此证明。如有作假证明愿承担相性法律责任！

法人签字： 单位公章

年 月 日