医师执业注册办理服务指南

**一、实施机关**

    博湖县卫生健康委员会

**二、实施依据**

   《医师执业注册管理办法》、《医师执业注册管理办法》、《医师执业注册管理办法》

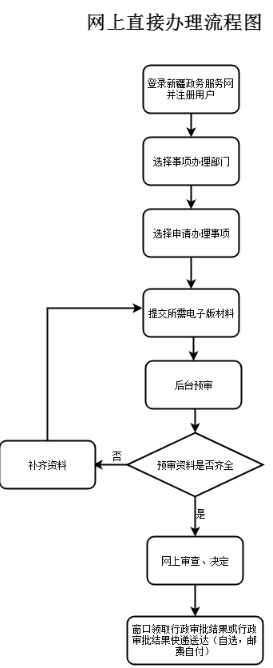
**三、受理条件**

    《医师执业注册管理办法》(2017年中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第13号)所规定的:由自治区卫生健康委员会/原自治区中医民族医药管理局核发《医疗机构执业许可证》的医疗机构中取得医师/执业助理医师资格的人员。

**四、办理材料**

1. 《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》需拟执业机构盖章同意，并附医疗机构聘用合同（需原件）
2. 《医师资格证书》原件、复印件（验查原件，交复印件）
3. 申请人身份证明原件、复印件（验查原件，交复印件）
4. 拟执业机构《医疗机构执业许可证》副本复印件（如为发证机关为我局可提供相应许可信息，可不需要复印件）
5. 近6个月2寸白底免冠正面半身照片
6. 辖区内二级以上医疗机构出具的申请人六个月内的健康体检表

**五、办理流程图**



**六、办理时限**

    资料齐全并符合所有条件者在20个工作日作出准予许可

**七、收费标准**

    不收费

**八、办理地址：**新疆维吾尔自治区巴音郭楞蒙古自治州博湖县博湖镇芦花社区 光华南路80号2楼综合窗口，联系电话：0966-6622108。

**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

**十、常见问题：**

附件：

医师执业注册申请审核表

姓 名： 张三

医师资格 级别： \*\*\*\*\*

类 别： \*\*\*\*

医师资格证书编码： 652205\*\*\*\*\*

医师执业证书编码： 65281\*\*\*\*\*\*\*

填表时间： 年 月 日

**填 表 说 明**

1、本表供取得《医师资格证书》后申请医师执业注册使用。

2、一律用钢笔或毛笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3、封面、表1-2由申请人填写，表3-4由有关部门填写，封面的医师执业证书编码由注册主管部门填写。

4、表内的年、月、日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5、申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。

6、申请执业类别请选填临床、中医、口腔或公共卫生。

7、学历应填写与申请类别相应的最高学历。

8、“相片”一律用近期小二寸免冠正面半身照。

9、填写栏目中聘用科目时，申请临床类别按《医疗机构诊疗科目名录》一级科目填写；申请口腔类别的按卫生部规定的二级科目填写，申请中医类别的，按《医疗机构诊疗科目名单》二级科目填写；申请公共卫生类别的，参照公共卫生医师职业分类填写。

10、取得医师资格证书后二年内首次注册者不填写业务水平考核机构或组织的名称和培训时间及考核结果、考核和培训机构或组织的意见栏目。

11、本表一式三份，一份存注册卫生行政部门，一份存聘用机构，一份存个人档案。

12、如填写内容较多，可另加附页。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性 别 | 女 | | | 照片 |
| 出生年月 | 1988.05 | 民 族 | 汉 | | |
| 学 历 | 本科 | 所学系、专业 | 临床外科 | | |
| 家庭地址及  邮政编码 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*路\*\*\*号  841000 | | | | | |
| 专业技术职务  任职资格 | \*\*\*\* | | | | | |
| 身份证号码 | \*\*\*\*\*\* | | | | | |
| 申请执业机构  名称及登记号 | \*\*\*\*医院  65280100\*\*\*45 | | | | | |
| 申请执业  机构地址 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*路\*\*\*号 | | | 邮政  编码 |  | |
| 申请执业类别 |  | | | | | |
| 获得执业  助理医师  资格的时间 |  | | | | | |
| 获得执业医师  资格的时间 |  | | | | | |
| 何时何地因何  种原因受过何  种处罚或处分 |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **个 人 工 作 经 历** | | | |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证 明 人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 身体和健康  状 况 |  | | |
| 业务水平  考核机构  或组织的  名称和培  训时间及  考核结果 |  | | |
| 其他要说明的问题 |  | | |
|  | 申请人签字： 年 月 日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 考核和培训  机构或组织  的意见（包  括培训时间  及考核结果 | 印 章  负责人： 年 月 日 |
| 执业机构  意 见 | 级别：  类别：  拟聘用科目：  负责人： 印 章  年 月 日 |
| 执业机构  上级主管  部门审批  意 见 | 级别：  类别：  拟聘用科目：  负责人： 印 章  年 月 日 |

**表4**

|  |  |
| --- | --- |
| 卫生行政  部门审批  意 见 | 执业机构及登记号：  机构地址及邮编：  级别：  类别：  聘用的科目：  印 章  负责人： 年 月 日 |
| 医师执业  证书编码 | 执业医师 |
| 执业助理医师 |
| 备 注 |  |

**医 师 执 业 聘 用 书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 张三 | | | 性别 | 男 | 出生年月 | 1988.05 | | 近期二寸  免冠正面  半身彩色  照 片 |
| 毕业学校 | | 新疆医科大学 | | | | | 毕业年月 | 2010.02 | |
| 学 历 | | 本科 | | | 所学系、专业 | | 临床 | | |
| 地 址 | | \*\*\*\*\*\* | | |  |  | 邮政编码 | 841000 | |
| 联系电话 | | 138\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | 身 份 证 | 652801\*\*\*\*\*\* | | |
| 医师资格证书编码 | | 65200000\*\*\*\*\* | | | | | | | | |
| 医师级别  （执业医师、执业助理医师） | | | |  | | | 医师类别  （临床、中医、口腔、公共卫生） | |  | |
| 聘用单位名称 | | |  | | | | | 执业范围 |  | |
| 聘用单位地址 | | |  | | | | | | | |
| 任职经历 |  | | | | | | | | | |
| 聘用单位意见 | 医师（助理）拟来我院（其它机构： ）应聘  工作，我院对持有的《医师资格证》进行了审查，经考核合格，拟聘用在 科，执业范围为： 专业，聘用 年。  法人代表： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

**医师执业注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性别 | |  | | 出生日期 | | | | |  | | 近期  二寸免冠  正面半身  彩色照片  （加盖体验  医院公章） | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | | 民族 | | |  | | | 婚否 |  |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 庭 史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 裸眼视力 | | | 左 | |  | | | | | | | | 右 |  | | | | 医师意见：  签名： |
| 矫正视力 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 眼 疾 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 色 觉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳  鼻  喉 | 听 力 | | | 左 | |  | | | | | | | | 右 |  | | | | 医师意见：  签名： |
| 耳 疾 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 鼻及鼻窦 | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 嗅 觉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 咽 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 喉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口  腔 | 粘 膜 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 牙及牙龈 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 舌 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 呼吸 | | 次/分 | | 脉搏 | | | 次/分 | | | | 血压 | | | / mmHg | | | | 医师意见：  签名： |
| 发育及营养 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝、脾、双肾 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部包块 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外  科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 医师意见：  签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  |
| 其 他 |  |
| 辅  助  检  查  结  果 | 胸 透 |  | 医师签名： |
| 心电图 |  | 医师签名： |
| 肝功能 |  | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 |  | 检验师签名： |
| 血常规 |  | 血型 |  | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | 检验师签名： |
| 体  检  结  果 | 结果：（请在以下项目号前打“√”表示选定该项体检结果）  ①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病  ④传染病传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残疾  说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示：  1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病  4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病  7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他：  二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：    体检医院盖章  医师签名： 体检日期： 年 月 日  填报日期： 年 月 日 |
| 执  业  机  构  意  见 | 执业机构盖章  负责人签名： 填报日期： 年 月 日 |