护士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**

   《护士条例》

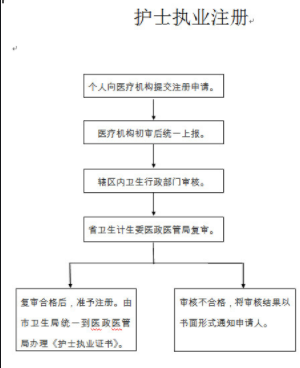
**三、受理条件**

    具有完全民事行为能力；在中等职业学校、高等学校完成教育部和卫生部规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；通过国家卫生健康委员会组织的护士执业资格考试；符合下列健康标准:无精神病史;无色盲、色弱、双耳听力障碍:无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

**四、办理材料**

1. 护士执业注册申请审核表，附医疗机构聘用合同（需原件）加盖公章
2. 申请人身份证明，验原件，交复印件
3. 申请人学历证书及专业学习中的临床实习证明，验原件，交复印件。加盖医院公章
4. 护士执业资格考试成绩合格证明，验原件，交复印件。加盖医院公章
5. 省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门指定的医疗机构出具的申请人6个月内健康体检证明，交原件
6. 医疗卫生机构拟聘用的相关材料，原件，加盖医院公章
7. 拟申请执业机构《医疗机构执业许可证》副本第一、二页复印件、近期二寸免冠白底彩色照片1张，本人全日制毕业证

**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

1. **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：**

附表1：护士执业注册（重新注册）申请审核表

**护 士 执 业 注 册**

**申请审核表**

**中华人民共和国卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

1．本表供申请首次护士执业注册或者重新申请护士执业注册使用。

2．用钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3．本表的第1、2、3、4、5项由申请人填写，第6项由有关医疗卫生机构填写，第7项由注册机关填写。

4．表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

5．申请人学历，填写护理或者助产专业最高学历。

6．申请人健康状况，填写健康状况良好、一般或者有慢性病。

7．申请人工作类别，填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者

其他。

8．申请人现技术职称，填写护士、护师、主管护师、副主任护师、

主任护师、未评定。

9．使用的照片为近期二寸免冠正面半身照。

**护士执业注册申请审核表**

填报日期： 年 月 日

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民 族 | |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | | | | 国 籍 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 通过护士执业资格考试时间 | | | 年 | | | 考试成绩 | |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | 学 位 | |  | | | 学 历 | |  |
| 毕业时间 | 年 月 日 | | 学 制 | |  | | | 健康状况 | |  |
| 专业学习经历 | | | | | | | | | | |

**2．拟聘用申请人的工作单位情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位名称 |  | | |
| 单位登记号 |  | | |
| 行政区划 | 省(自治区/直辖市) 地区(市) 县（区） | | |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |

**3．是否首次注册**

是□ 否□

**4．如果不是首次注册，请填写申请人工作详情**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 现技术职称 |  | 现工作科室 |  |
| 职务 |  | 工作类别 |  |
| 参加工作时间 | 年 月 日 | | |
| 工作经历 | | | |

**5．申请人签名**

**6．拟聘用申请人工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见：  同意□ 不同意□    单位法定代表（授权者）签字 | 单位盖章 |
| 填写日期 年 月 日 | |

**7．注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |
| --- |
| 准予注册□ 护士执业证书编号： |
| 不准予注册□ 不准予注册理由： |
| 注册机关盖章 |
| 填写日期 年 月 日 |

附件2： **护士注册健康检查表**

指定体检医院名称: 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性别 |  | 出生日期 | |  | | 近  照  体检单位骑缝章 |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | |
| 出 生 地 | | |  | | | | 民 族 | |  | |
| 即往病史 | | |  | | | | | | | |
| 家 族 史 | | |  | | | | | | | |
| 外科 | 甲状腺 | |  | | | | 脊柱 |  | | | 医师签字： |
| 淋 巴 | |  | | | | 四肢 |  | | |
| 肛 门 | |  | | | | 关节 |  | | |
| 泌尿生殖器 | |  | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | |
| 内科 | 血 压 | | |  | | | | | | | 医师签字: |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | |
| 腹部器官 | | |  | | | 肝 |  | | |
| 脾 |  | | |
| 其它 | | |  | | | | | | |
| 胸部X线透视 | |  | | | | | | | | 医师签字： | |
| 心 电 图 | |  | | | | | | | | 医师签字： | |
| 转 氨 酶 | |  | | | | | | | | 化验员签字： | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五  官  科 | 眼 | 视  力 | 右 | 色  觉 | 右 | 其 它  眼 疾 |  | 医师签字： |
| 左 | 左 |
| 耳 | 听  力 | 右 | 耳  疾 |  | | |
| 左 |
| 鼻及鼻窦  疾病 |  | | | | | |
| 咽 喉 |  | | | | | |
| 其 它 |  | | | | | |
| 主  检  结  果 | （以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）  结果： 1：健康或良好 2：一般或较弱 3：有慢性病  （如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示：）  1.心血管病 6.结核病  2.脑血管病 7.糖尿病  3.慢性呼吸系统病 8.神经或精神病  4.慢性消化系统病 9.其它慢性病(具体):  5.慢性肾炎 体检医院盖章  主检医师签字: 填写日期: 年 月 日 | | | | | | | |
| 注  册  机  关  意  见 | 注册机关盖章  填报日期： 年 月 日 | | | | | | | |

注： 1.表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假。

2.体检后此表交注机关。

3.X线.心电图.肝功报告单请贴在背面。

4.体检有效期为6个月。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 护士执业注册申请材料 | | | |
| 序号 | 材料名称 | 材料样本 | 材料来源 |
| 1 | 护士执业证书注册申请审核表一式两份 | |  | | --- | |  | | 自治区医管中心网站下载 |
| 2 | 申请人有效身份证明 |  | 申请人 |
| 3 | 申请人学历证书及专业学习中八个月“临床实习鉴定” | |  | | --- | |  | | 申请人 |
| 4 | 区内二级以上综合医院出具的六个月内的健康体检证明 | |  | | --- | |  | | 二级以上综合医院 |
| 5 | 申请人近期小2寸免冠正面彩色照片1张 | |  | | --- | |  | | 申请人 |
| 6 | 医疗机构集体办理时需提交办理人员汇总表 |  | 医疗机构 |
| 7 | 拟执业机构的聘用相关证明 | |  | | --- | |  | | 医疗机构 |
| 8 | 拟执业医疗机构的《医疗机构执业许可证》（副本）复印件 |  | 医疗机构 |

附件3：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **护士聘用证明** | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 学历 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 拟执业机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 医疗机构地址 |  | | |
| 拟执业医疗机构核准科目 |  | | |
| 我单位聘用 在 科从事 岗位工作. 聘期 年, 自 年 月 日起至 年 月 日止. | | | |
| 法定代表人签字：  单位盖章  年 月 日 | | | |

注：本表由执业机构用钢笔或者签字笔填写,内容真实,字迹清晰.