**医师执业注册**

**服务指南**

**霸州市卫生和计划生育局**

**二〇一八年**

医师执业注册服务指南

一、适用范围

（一）实施对象：公民

（二）实施范围：取得《医师资格证书》后，拟在医疗、预防、保健机构工作。

二、事项审查类型

先审后批

三、审核依据

《中华人民共和国执业医师法》（1998年6月26日主席令第5号公布，自1999年5月1日起施行）第十三条: 国家实行医师执业注册制度。取得医师资格的，可以向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。

四、受理机构

霸州市卫生和计划生育局

五、决定机构

霸州市卫生和计划生育局

六、数量限制

无数量限制

七、申请条件

（一）取得执业医师资格或者执业助理医师资格；

（二）有合法医疗、预防、保健机构聘用；

（三）健康状况适宜或胜任医疗、预防、保健工作；

（四）有下列情形之一的，不予注册：

1、不具有完全民事行为能力的；

2、因受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请注册之日止不满二年的；

3、受吊销医师执业证书行政处罚，自处罚决定之日起申请注册之日止不满2年的；

4、有国务院卫生行政部门规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

八、禁止性要求

无禁止性要求

九、申请材料目录

（1）《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》2份；

（2）《医师资格证书》原件及复印件1份；

（3）申请人身份证复印件1份；

（4）本市二级以上医院提供的6个月内的体检合格证明表1份；

（5）医疗、预防、保健机构的拟聘用证明1份；

（6）劳动合同复印件1份；

（7）近期小二寸正面白底免冠彩色照片2张；

（8）助理医师后取得执业医师资格的，申请执业医师注册，另提交助理医师执业证书原件，执业地点、执业范围应保持一致；

（9）获得执业医师资格或执业助理医师资格后二年（发证日期）内未注册者，另提交河北省医师执业注册考试合格证明原件及复印件1份。

注：（1）以上证件需提供原件，审核无误后应退还原件的，将原件扫描存档原件退回；（2）复印件存档一律使用A4纸；

十、基本流程

（1）办事人提出申请；

（2）市卫生和计划生育局审核、发证。

十一、办结时限

法定20个工作日，承诺10个工作日办结。

十二、收费标准及依据

不收费

十三、结果送达

现场领取

十四、咨询电话

0316-7230358

十五、监督电话

0316-7236196

十六、办公地址和时间

地址：霸州市金康道700号

时间：夏季8:30-12:00,14:30-17:30

冬季8:30-12:00,13:30-17:30

十七、附件

1.流程图

2.医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表

附件1： 医师执业注册办理流程图

申请人提交申请资料

医政科对申请当场审查作出处理

**1个工作日**

返还申请人提交的材料并发放一次性《补正告知》

申请资料不齐或不符合法定形式

申请资料齐全符合法定形式当场决定受理

医政科对申请人材料是否真实有效，是否符合相关法律法规要求进行审核。

**3个工作日**

材料合格报领导作出同意决定并签署意见。

**3个工作日**

不合格返还申请人全部材料并说明理由。

打印《医师执业证书》，并通知申请人领取《医师执业证书》

**3个工作日**

法定期限20个工作日，对于符合条件的审批事项，网上审批承诺在10个工作日内完成。

监督电话：0316-7236196

附件2：

医师执业、变更执业、多机构备案

申请审核表

医 师 姓 名：

医师资格证书编码：

医师执业证书编码：

填 表 时 间： 年 月 日

国家卫生和计划生育委员会监制

**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、变更执业、多机构备案事项时使用。

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.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。

5.申请执业类别请选填临床、中医（中西医结合）、口腔或者公共卫生。

6.学历应填写与申请类别相应的最高学历。

7.“相片”一律用近期小二寸免冠正面半身照。

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 所学系、专业 |  | | | 学 历 |  |
| 家庭地址及邮编 | |  | | | | 健康状况 |  |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 | |  | | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 | |  | | | | | |
| 其他要说明  的问题 | |  | | | | | |
| 个  人  工  作  经  历 | 时间 | 单位 | | | | 技术职务 | 证明人 |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |

注：个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

1. **医师执业注册（仅供取得《医师资格证书》后申请执业注册者填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请执业级别 |  | 申请执业类别 | |  | | 申请执业  范围 | |  | |
| 申请执业机构名称 |  | | | | | 机构登记号 | |  | |
| 申请执业机构地址 |  | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 单位电话 | |  | | 拟在该机构执业时间 | |  |
| 本人意见 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 |  | | | | | | | | |
| 卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | | | | | | | | |

1. **医师变更**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟变更注册事项: | | | | | | | | |
| 申请变更注册理由:  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 原执业级别 |  | 原执业类别 | |  | 原执业范围 | |  | |
| 原执业机构  名称 |  | | | 机构登记号 |  | 单位  电话 | |  |
| 邮政编码 |  | | | 地址 |  | | | |
| 拟执业级别 |  | | 拟执业类别 |  | 拟执业范围 |  | | |
| 拟执业机构  名称 |  | | | 机构登记号 |  | 单位  电话 | |  |
| 邮政编码 |  | | | 地址 |  | | | |
| 拟执业所在卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | | | | | | | |

1. **多机构备案**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟执业机构  名称 |  | 机构登记号 |  | |
| 机构地址 |  | | | |
| 邮政编码 |  | 电话号码 | |  |
| 有效期开始 |  | 有效期结束 | |  |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：    负责人：  印章  年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
|  |

**5.备注**