**医师执业注册办事指南**

|  |  |
| --- | --- |
| 受理事项 | 权限内执业（助理）医师执业注册（电子化注册） |
| 受理机构 | 新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅 |
| 负责人 | 姓名：张晓明 联系电话：0991－8555079 |
| 承办人 | 姓名：艾尼法 联系电话：0991－8555079 |
| 行使依据 | 《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）第二条：医师执业应当经注册取得《医师执业证书》。第五条：凡取得医师资格的，均可申请医师执业注册。 第三条：县级以上地方卫生计生行政部门是医师执业注册的主管部门，负责本行政区域内的医师执业注册监督管理工作。第四条：国家建立医师管理信息系统，实行医师电子注册管理。 |
| 依据种类 | 法律√；行政法规□；部门规章√；  地方性法规□；政府规章□；规范性文件□。 |
| 申请对象 | 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 |
| 申请条件 | 1.申请人取得《医师资格证书》；  2.医疗机构安装《医师电子化执业注册信息系统（机构版）》并取得卫生计生行政部门授权；  3.申请人在《医师电子化执业注册信息系统（医师版）》注册账号并激活。 |
| 办事流程 | 1.账号已激活的医师通过《医师电子化执业注册信息系统（医师版）》向辖区内拟执业医疗、预防、保健机构提出申请并提交纸质申请材料，机构对申请材料核实同意后打印申请表格并签署意见和盖章，同时通过《医师电子化执业注册信息系统（机构版）》向新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅提出业务申请；  2.机构将书面申请材料提交至新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅，由新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅进行初审,原则上不接受医师个人提交材料。经过初审资料符合相关法律、法规要求的予以受理并出具书面通知；资料不符合相关法律、法规要求的不予受理并出具书面通知；资料符合法律、法规要求但不齐全，一次性书面告知需要补充的资料；  3.已经受理的资料由新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅进  行审查；符合国家相关规定，由新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服  务大厅通过《医师执业注册联网管理系统》审批业务；不符合国家相  关规定的，不予办理并通过系统告知原因；  4.医疗机构通过《医师电子化执业注册信息系统（机构版）》查询审批结果，于接受日后的第三个星期电话咨询并领取执业证书。 |
| 申请材料 | **申请医师/执业助理医师执业注册应提供下列资料：**  1.承诺书1份（附件1）；  \*2.《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》1份（系统自动生成；拟执业机构须签署意见并加盖与“医疗机构执业许可证”名称一致的公章）；  3.拟执业医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件1份；  4.《医师资格证书》复印件（核实原件保留复印件）1份；  \*5.申请人有效身份证复印件（核实原件保留复印件）1份；  6.毕业证书复印件（核实原件保留复印件）1份；  \*7.获得医师资格后二年内未注册者、中止医师执业活动二年以上或者《医师执业注册管理办法》规定不予注册的情形消失的医师申请注册时，还应提交近1年内自治区二级及以上医疗机构出具的连续6个月以上培训考核合格证明（附件2）；  \*8.获得医师资格后在规培医疗机构规培的人员，还应提交规培医疗机构出具的规培证明或住院医师规范化培训合格证书（附件3）；  9.注册主管部门指定的二级以上医疗机构出具的申请人6个月内的医师注册健康检查表1份（附件4）；  \*10.近6个月2寸白底免冠正面半身照片2张；  11.医疗、预防、保健机构的聘用证明1份（附件5）；  \*12.如同一医疗机构申报人数超过3人者，按集体办理对待，必须提供人员名单汇总表2份，且医师资格考试国家分数线与医师资格考试新疆分数线人员名单需分开（附件6）；  \*13.医疗机构材料审核汇总表1份（附件7）。  **备注：**1.序号前带“\*”的须各医疗机构加盖公章并提交至新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅办理；其他材料（不带\*的）由各医疗机构自行审核保留。  2.申请材料应用A4纸打印（图纸除外），逐页加盖公章，按次序装订；提交的材料为复印件的，均应在复印件上写明“系原件复印”，并加盖与“医疗机构执业许可证”名称一致的公章或由法定代表人（负责人）签字盖章。申报材料的各项内容真实、完整、清楚，不得涂改。 |
| 办事时限 | 法定期限：20日 |
| 办事时间 | 每周一、二、四法定工作日 |
| 审核事项有无数量限制 | 无√  有□ |
| 是否需要到其他机关办理相关许可事宜 | 否√  是□相关机关的名称： |
| 收费 | 行政许可不收取费用，其他费用依据自治区财政厅、发改委、卫生健康委员会相关规定收取。 |
| 办事纪律 | 1.明确受理人职责，坚持公开、公正、透明的原则，做到办事程序公开，自觉接受企业和社会的监督；  2.严格按政策把关，热情接待管理相对人，耐心细致解释有关的问题，积极为管理相对人提供良好的服务；  3.新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅首问负责制；  4.新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅审批办理程序。 |
| 监督机制 | 内部监督：1.新疆维吾尔自治区卫生健康委政务服务大厅首席代表监督；2.新疆维吾尔自治区卫生健康委员会政策法规和体制改革处监督。  外部监督：1.自治区人民政府监督；2.人民法院监督；3.社会监督；4.自治区卫生健康委驻委纪检组监督。 |
| 申诉方式 | 1.向自治区人民政府提请复议；2.向人民法院提起诉讼。 |
| 监督电话 | 新疆维吾尔自治区卫生健康委员会政策法规和体制改革处：  0991-8560891  新疆维吾尔自治区卫生健康委员会驻委纪检组、监察室：0991-8560286 |

申报示范文本：

附件: 1.承诺书

2.医师执业注册培训考核合格证明

3.规培证明

4.医师执业注册健康检查表

5.医师聘用证明

6.医师执业注册人员汇总表

7.医疗机构医师执业注册人员材料审核表

附件1

**承诺书**

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

我单位(个人)为申请执业医师注册，所提供的材料均真实、可靠。如有不实之处，我单位(个人)愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

承诺人签名：

承诺单位：(盖章)

年 月 日

附件2

**医师执业注册培训考核合格证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 照  片 |
| 出生年月 | |  | | 民 族 | |  | |
| 学 历 | |  | | 所学专业 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | |
| 专业技术任职资格 | | |  | | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | |
| 医师资格级别 | | |  | | 医师资格类别 | |  | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | |
| 培训专业 | | |  | | 培训起始时间 | |  | |
| 其他需要说明的事项 | | |  | | | | | |
| 培训考核合格意见 | （盖章）  责任人签名： 年 月 日 | | | | | | | |

附件3

**规培证明**

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

同志（身份证号：）年在我院参加专业住院医师规范化培训，成绩合格。规培时间为年月日-年月日，以上情况属实，请予以办理。

特此证明。

单位名称：

（加盖公章）

年 月 日

附件4

**医师执业注册健康检查表**

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.体检后此表交注册机关。

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

附件5

**医 师 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 |  | | |
| 拟执业范围 |  | | |
| 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.

附件6

**医师/执业助理医师执业注册人员汇总表**

**医疗机构名称：（盖医院公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 民族 | 身份证号码 | 医师资格证书编码 | 执业类别 | 聘用科室 | 成绩 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件7

**医疗机构医师执业注册人员材料审核表**

**审验人员签字：（盖医院公章）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 办理日期 |  | 总人数 |  |
| 提交材料一览表 | | 单位审验 | 上级卫生健康行政部门审验 |
| 1．承诺书 | |  |  |
| 2．医师执业申请审核表 | |  |  |
| 3．拟执业机构《医疗机构执业许可证》副本复印件 | |  |  |
| 4．《医师资格证书》复印件 | |  |  |
| 5．有效身份证复印件 | |  |  |
| 6．毕业证书复印件 | |  |  |
| 7．规培证明 | |  |  |
| 8．为期连续6个月以上的培训考核合格证明 | |  |  |
| 9．健康检查表 | |  |  |
| 10．2张照片 | |  |  |
| 11．聘用证明 | |  |  |
| 12．注册人员名单汇总表 | |  |  |

**注：单位审验和上级卫生行政部门审验处需有关负责人在相应表格内打“√”。**