护士执业注册指南

曲靖市马龙区行政审批局

2020年3月

护士执业注册指南

**一、审批机关**

曲靖市马龙区行政审批局

受理地点：曲靖市马龙区行政审批局（春晓路35号）

受理窗口：曲靖市马龙区行政审批局三楼社会事务审批科

受理时间：周一至周五上午8：30－11：30；下午14：30－17：30（节假日除外）

交通方式：可乘2路、7路公交车到政务服务中心站下车150米即到。

**二、申请材料清单**

**护士执业注册申请材料目录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 纸质/电子文件 | 份数 | 首注 | 延续 | 变更 | 重新注册 | 补证 | 信息修改 | 依申请  注销 | 备注 |
| 1 | 申请表 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  |
| 2 | 申请人身份证 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  |
| 3 | 申请人学历证书及专业学习中的临床实习证明 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 | √ |  |  | √ |  |  |  |  |
| 4 | 护士资格证或护士执业资格考试成绩合格证明 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 | √ |  |  | √ |  |  |  |  |
| 5 | 近6个月二级以上综合医院健康体检证明 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ |  | √ |  |  |  |  |
| 6 | 聘用单位《医疗机构执业许可证》副本 | 复印件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ | √ |  |  |  |  |
| 7 | 医疗、预防、保健机构的拟聘用证明 | 原件 | 纸质 | 1 | √ |  | √ | √ |  |  |  |  |
| 8 | 近6个月内二（50\*35mm）  正面白底免冠彩照 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  |  |
| 9 | 中断护理执业活动超过3年者需提供指定医院三个月临床护理培训的合格证明 | 原件 | 纸质 | 1 |  |  |  | √ |  |  |  |  |
| 10 | 《护士执业证书》 | 原件 | 纸质 | 1 |  | √ | √ | √ |  | √ | √ |  |
| 11 | 更改信息的相关证明材料原件 | 原件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  |  | √ |  |  |
| 12 | 全省发行的报刊上刊登的证件遗失公告 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  | √ |  |  |  |
| 13 | 注销注册原因的相应证明文件 | 复印件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  |  |  | √ |  |

注：复印件应选用A4纸张，注明“原件与复印件一致”同时加盖公章。

**三、审批时限**

法定时限：20个工作日；承诺时限：10个工作日。

**四、审批流程**

**（一）申请**

**提交方式：**

1、窗口提交：曲靖市马龙区行政审批局三楼社会事务审批科（春晓路35号）。邮编：655199。

2、网络提交：

首次注册、延续注册、变更注册登录医师、护士、医疗机构电子化信息注册系统（网址：http://ln.cndocsys.cn/）注册账号后提交注册申请。

个人申请提交后，由拟执业机构登录医师、护士、医疗机构电子化信息注册系统（机构端）审核同意已提交申请内容。（机构端需登录网址：http://ln.cndocsys.cn/下载并安装，压缩包解压密码“1234”）。

网络提交：时间不限。

**（二）受理**

曲靖市马龙区行政审批局收到申请单位（个人）申请后，在3个工作日作出受理决定。

对申请材料符合要求的，准予受理，并向申请单位（个人）出具《受理决定书》。对申请材料不符合要求且可以通过补正达到要求的，将当场或者在4个工作日内向申请单位（个人）出具《申请材料补正告知书》一次性告知，逾期不告知的，自收到申请材料之日起即为受理。对申请材料不符合要求的，出具《不予受理决定书》。

**（三）审核**

本行政许可事项采用书面材料及网络审查方式进行。

**（四）审批**

予以审批的，颁发《中华人民共和国护士执业证书》；不予审批的，出具《不予许可决定书》。

**（五）送达**

申请单位（个人）自行到窗口领取或邮寄、快递。

**五、受理范围**

曲靖市马龙区行政区域内各级各类医疗、预防、保健、采供血及计划生育技术服务等机构护理岗位从事执业活动的护士。

**六、审批条件**

**（一）予以审批的条件**

1、具有[完全民事行为能力](https://baike.so.com/doc/6489486-6703193.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)。

2、在[中等职业学校](https://baike.so.com/doc/6135999-6349162.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)、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。

3、通过卫生部组织的[护士执业资格考试](https://baike.so.com/doc/5407951-5645906.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)。

4、符合《护士执业注册管理办法》第六条健康标准：(1)无精神病史;(2)无色盲、色弱、双耳听力障碍;(3)无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

5、护士执业注册申请，应当自通过护士执业资格考试之日起3年内提出。

**（二）不予审批的情形**

1、申请事项不属于本行政机关区域范围。

2、申请人隐瞒有关情况或者提供虚假材料。

3、法律法规规定的其他符合不予受理条件的。

**七、审批依据**

《护士条例》第二章第七条、第八条、第九条、第十条。

《护士执业注册管理办法》第二条。

《云南省人民政府关于同意曲靖市开展相对集中行政许可权改革的批复》（云政复〔2018〕23号）、《曲靖市人民政府关于同意马龙区开展相对集中行政许可权改革的批复》（曲政复〔2018〕171号）、《中共曲靖市马龙区委办公室曲靖市马龙区人民政府办公室印发<曲靖市马龙区关于开展相对集中行政许可权改革试点工作实施方案>的通知》（马办发〔2018〕100号）及《曲靖市马龙区人民政府办公室关于印发曲靖市马龙区相对集中行政许可事项划转移交工作方案的通知》(马政办发〔2018〕151号)。

**八、审批收费：**不收费。

**九、共同审批与前置审批：**无。

**十、中介服务：**无。

**十一、年审年检与指定培训**

临床护理培训、考核合格证明：到上级医疗机构接受3个月以上的培训并考核合格。

依据：《护士条例》第七条第二款。

《护士执业注册管理办法》第十五条第二款。

**十二、资质资格**

通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试（护士资格证或护士执业资格考试成绩合格证明）。

**十三、审批服务**

**（一）咨询方式**

**1、窗口咨询：**曲靖市马龙区行政审批局三楼社会事务审批科。

**2、电话咨询：**（0874）6032477。

**3、网络咨询：**云南政务服务网（网址：<https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）>

**（二）监督投诉**

曲靖市马龙区行政审批局二楼投诉监督科，电话：（0874)6032488。

地址：曲靖市马龙区通泉街道春晓路35号，邮编：655199。

网址：云南政务服务网（https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）

**（三）行政复议或行政诉讼**

利害关系人自知道该具体行政行为之日起六十日内向曲靖市马龙区人民政府申请行政复议；或应当自知道作出行政行为之日起六个月内依法向人民法院提起行政诉讼。

**十四、指南获取途径**

指南可到 “云南政务服务网（网址：<https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）”下载或在受理窗口直接领取。>

护士执业注册流程图

**(法定时限：20个工作日；承诺时限：10个工作日。)**

**申请人个人端提出申请，机构端审核并通过**

**审核申请材料**

**申请材料**

**审核结果**

**发放**

**《补正材料通知书》**

**发放**

**《不予受理通知书》**

**需要补正材料** **符合不予受理情形**

**材料补正后符合要求**

**受理发放**

**《受理通知书》**

**发证机关审查材料**

**执业信息验证**

**通知**

**申请人修改**

**不合格**

**修改合格**

**做出准予许可决定**

**修改不合格**

**不予审批**

**许可决定获取（在受理窗口领取）**

**公开并推送监管单位**

**附件**

1、护士执业注册申请审核表（三表合一）

2、护士注销注册申请表

3、《护士执业证书》信息修改申请表

4、《护士执业证书》补办申请表

**附件1**

**护士执业注册申请审核表**

（三表合一）

姓 名 ：

执业证书编码 ：

填 表 时 间 ： 年 月 日

填 表 说 明

1.本表仅供申请护士执业注册使用。

2.用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.学历应当填写护理或者助产专业最高学历。

5.健康状况填写良好、一般或者有慢性病。

6.工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

7.技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。

8.首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。

9.首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需执业机构填写意见。

10.使用的照片为近期小二寸免冠正面白底半身照。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （照片） |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 国 籍 |  | 健康状况 |  |
| 通过护士执业  考试时间 |  | 是否首次注册 | 囗是 囗否 |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | |
| 毕业时间 |  | 毕业学校 |  | |
| 专 业 |  | 学 制 |  | |
| 学 历 |  | 学 位 |  | |
| 参加工作时间 |  | 手机号码 |  | |
| 现执业机构 |  | | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） | | | |
| 现工作科室 |  | | 技术职称 |  |
| 现工作类别 |  | | 职 务 |  |
| 拟执业机构 |  | | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） | | | |
| 拟工作科室 |  | | 技术职称 |  |
| 拟工作类别 |  | | 职 务 |  |
| 何时何地因何  种原因受过何  种奖励或表彰 |  | | | |
| 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 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人学习经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 学校名称 | 专 业 | 学历/学位 |
|  | | | | |
| 个人工作经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 工作单位 | 职 务 | 职 称 |
|  | | | | |
| 申请办理事项： 囗执业注册  囗变更注册 申请人签字：  囗延续注册 年 月 日 | | | | |
| （拟）执业机构  意见 | 意见：囗同意  囗不同意  负责人签字：  印 章  年 月 日 | | | |
| 注册机关  意见 | 意见：囗准予注册 护士执业证书编号：  囗准予变更注册  囗准予延续注册  囗不准予注册  不准予注册理由：    印 章  年 月 日 | | | |

**附件2**

护士注销注册申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  |
| 身份证编号 |  | | |
| 护士执业证书编号 |  | | |
| 注销注册原因 |  | | |
| 执业单位初审意见 | 经办人： 公 章  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |

**附件3**

《护士执业证书》信息修改申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 照片 |
| 民 族 |  | | 学 历 | |  |
| 执业证书编号 |  | | | | |
| 家庭地址 | |  | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 修改理由 | |  | | | | |
| 修改内容 | | 原内容 | |  | | |
| 应更正为 | |  | | |
| 执业单位初审意见 | | 经办人： 盖章  年 月 日 | | | | |
| 备注 | |  | | | | |

**附件4**

《护士执业证书》补办申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 像片 |
| 民 族 |  | | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | | | |
| 家庭地址及邮政编码 | |  | | | |
| 电话号码 | |  | | | |
| 原证号及签发日期 | |  | | | |
| 补办理由 | |  | | | |
| 执业单位  审查意见 | | 盖章  年 月 日 | | | |
| 备注 | |  | | | |