医师执业注册指南

曲靖市马龙区行政审批局

2020年3月

医师执业注册指南

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

**医师执业注册许可申请材料目录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 纸质/电子文件 | 份数 | 执业注册（首次） | 重新执业注册 | 变更执业注册 | 医师多机构备案（多地点执业注册） | 注销 | 信息修改 | 补证 |
| 执业地点 | 主要执业机构 | 执业范围 | 跨类别执业范围 |
| 1 | 申请表 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| 2 | 身份证 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  | √ | √ |
| 3 | 《医师资格证书》 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 | √ | √ |  |  | √ | √ | √ |  | √ |  |
| 4 | 《医师执业证书》 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 |  | √ | √ | √ | √ |  | √ | √ | √ |  |
| 5 | 聘用单位聘用证明或（劳动）合同 | 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 | 近6个月内二级及以上综合医院健康体检证明 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 近6个月内二寸（约50\*35mm）白底免冠彩照2张 | 原件 | 纸质 | 2 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |  | √ | √ |
| 9 | 取得与拟变更的执业范围相应的高一层次的毕业学业证书；或在高一层次机构接收相应专业的系统培训2年或专业进修满2年或系统进修和专业进修合计满2年，并考核合格证明 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  | √ |  |  |  |  |  |
| 10 | 新取得《医师资格证书》 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  |  | √ |  |  |  |  |
| 11 | 原《医师执业证书》 | 原件/复印件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  |  | √ |  |  |  |  |
| 12 | 中止医师执业活动二年以上医师应当提交在省级卫生健康行政部门指定的机构接受连续6个月以上的培训，并经考核合格的证明 | 原件 | 纸质 | 1 |  | √ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 获得医师资格后二年内未注册，中止医师执业活动二年以上或者《医师执业注册管理办法》第六条规定不予注册的情形消失的医师申请注册时，还应当提交在省级卫生计生行政部门指定的机构接受连续6个月以上培训，并经考核合格的证明 | 原件 | 纸质 | 1 | √ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 注销注册原因的相应证明文件 | 原件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  |  |  |  | √ |  |  |
| 15 | 要求更改内容的相关证明材料 | 原件 | 纸质 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | √ |  |
| 16 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | √ |

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工作日；承诺时限：10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（不包含助理升执业）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。

重新执业注册、变更执业注册（执业地点变更、主要执业机构变更、执业范围变更、跨类别执业范围变更）、医师多机构备案（多点执业注册），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/），登录个人账号，提交相应业务申请。

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《中华人民共和国医师执业证书》；不予审批的，出具《不予审批决定书》。

**（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依法取得《执业医师资格》或《执业助理医师资格》，拟在医疗、预防、保健机构中执业的医务人员。

审批条件

**（一）予以审批的条件：**

执业注册（首次）准予批准条件：

1、申请事项属于曲靖市马龙区行政区域范围。

2、在曲靖市马龙区行政区域登记注册的医疗、预防、保健机构中取得执业医师资格证或执业助理医师资格证的人员，除有不予审批的情形外，两年内均可申请医师执业注册。

**（二）不予审批的情形：**

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，自处罚决定之日起至申请注册之日止不满二年的。

4、甲类、乙类传染病传染期、精神疾病发病期以及身体残疾等健康状况不适宜或者不能胜任医疗、预防、保健业务工作的。

5、重新申请注册，经考核不合格的。

6、在医师资格考试中参与有组织作弊的。

7、被查实曾使用伪造医师资格或者冒名使用他人医师资格进行注册的。

8、法律法规规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

七、审批依据

《中华人民共和国执业医师法》第二章第十三条、第十六条、第十七条、第十八条、第十九条。

《医师执业注册管理办法》第二章。

《云南省人民政府关于同意曲请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

培训、考核合格证明：到上级医疗机构接受６个月以上的培训并考核合格。

依据：《医师执业注册管理办法》第三章第十二条。

十二、资质资格

依法取得《执业医师资格》或《执业助理医师资格》

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](https://zwfw.yn.gov.cn/portal/%22%20%5Cl%20%22/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](https://zwfw.yn.gov.cn/portal/%22%20%5Cl%20%22/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。

医师执业注册流程图

**(办理时限：法定时限：20日；承诺时限10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**

**修改结果**

 **合格**

**做出准予许可决定**

 **材料不合格**

**许可决定获取（在受理窗口领取）**

**不予审批**

**公开并推送监管单位**

**附件:**

1、医师执业、变更执业、多机构备案、申请审核表

2、医师注销注册申请表

3、《医师执业证书》信息修改申请表

4、《医师执业证书》补办申请表

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

**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”一律用近期二寸白底免冠正面半身照。

**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 |
| 拟执业机构意见 |  意 见：  负责人：  印 章  年 月 日 |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 |  |
| 行政审批部门意见 | 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 |  |
| 拟执业机构意见 |   意 见： 负责人：  印 章  年 月 日 |
| 行政审批部门意见 | 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 |

**4.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 |  | 单位电话 |  |
| 有效期开始时间 |  | 有效期结束时间 |  |
| 拟执业机构意见 | 意 见：   负责人：  印章  年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |

**5.备注**

医师注销注册申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  |
| 医师资格证书编号 |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 级 别 | □ 执业医师 □执业助理医师 |
| 执业类别 | □临床 □口腔 □中医 □公共卫生 |
| 执业范围 |  |
| 注销注册原因 |  |
| 执业单位审核意见 | 经办人： 公 章 年 月 日 |
| 备注 |    |

《医师执业证书》信息修改申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 像片 |
| 民 族 |  | 学 历 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 证书编码 |  |
| 修改理由 |  | 申请人签名 |  |
| 修改内容 |  | 原内容 |  |
| 应修改为 |  |
| 执业单位审核意见 |   盖章 年 月 日 |
| 备注 |    |

《医师执业证书》补办申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 像片 |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 补办证书名称 | 医师资格证书（ ） 助理医师资格证书（ ）医师执业证书（ ） 助理医师执业证书（ ） |
| 证书编码 |  |
| 执业类别 | 临床（ ） 口腔（ ） 中医（ ） 公共卫生（ ） |
| 执业范围 |  | 申请人签名 |  |
| 执业单位审核意见 |   盖章 年 月 日 |
| 备注 |    |