

聊城市卫生和计划生育委员会文件

聊卫许可〔2017〕2号

关于做好 2016 年度医师资格考试合格考生 执业注册工作的通知

各县（市、区）、市属开发区卫生计生局，市直各医疗卫生单位：

2016 年参加国家医师资格考试取得医师资格人员信息已导入“医师执业注册联网管理信息系统”，根据中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会令第 13 号《医师执业注册管理办法》的管理规定以及省卫计委研究决定，现就做好我市 2016 年医师考试合格考生执业注册工作通知如下：

一、注册对象

参加 2016 年度国家医师资格考试，成绩合格取得医师资格，且“医师执业注册联网管理系统”内已有其资格信息，申请在我市

医疗卫生机构执业的人员。

二、所需材料

拟申请注册人员需每人准备一个档案袋，在档案袋封面注明单位名称、申请人姓名、申请注册类别及级别，并提交以下材料：

（一）医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表原件和复印件各 1 份（新式表格，见附件 1）；

（二）近期二寸免冠正面半身彩色照片两张；

（三）国家医学考试中心或国家中医药管理局中医师资格认证中心核发的 2016 年度医师资格证书原件和复印件 2 份（验原件、交复印件）；

（四）注册主管部门指定的医疗机构出具的申请人 6 个月内的健康体检表原件和复印件各 1 份；

（五）申请人身份证明复印件 2 份（验原件、交复印件）；

（六）医疗预防保健机构的聘用证明 2 份（应载明聘用科目、专业、聘用起始时间等）；

（七）《医疗机构执业许可证》副本复印件 2 份（加盖单位公章）。

（八）助理升执业的，还要同时提交执业助理医师执业证书原件和复印件 2 份。

三、注册流程

（一）按照属地管理原则，各县（市、区）卫生计生局负责辖区内各级各类医疗卫生机构医师执业注册初审工作，并通过“医

师执业注册联网管理信息系统”中“医师资格信息验证”栏目验证申请人的医师资格信息，经初审和信息验证合格后，报市卫计委终审。经市卫计委审核、验证无误后，对于我委审批的医疗卫生机构，由我委工作人员在“医师执业注册联网管理信息系统”的“注册登记”栏目中选择相应入口进行注册，打印新版《医师执业证书》，核发证书；对于各县（市、区）卫生计生局审批的医疗卫生机构，由各县（市、区）卫生计生局工作人员在“医师执业注册联网管理信息系统”的“注册登记”栏目中选择相应入口进行注册，打印新版《医师执业证书》，核发证书。

（二）建成区内市直医疗卫生机构及所下设的医疗卫生机构直接向市卫计委申请。

四、其他要求

（一）各县（市、区）、市直各单位要做好此类注册人员的资料审核及信息登记工作，建立专门台账备查。

（二）申请注册者须在我市辖区内二级以上医疗机构，按照规定的项目进行体检并出具相关证明，申请注册人员在本单位查体无效。

（三）各县（市、区）、市直各单位要为申请注册人员集体办理手续，按照要求规范、完整填写申请人个人、执业机构及执业范围等相关信息，具体报送材料时间由各县（市、区）、各单位提前预约，预约电话 8902629。确因特殊原因无法集中办理注册或变更注册的，由医疗机构工作人员负责为申请人办理医师注册和

医师变更注册相关事宜，统一办理时间为每周周二和周四，原则上不受理个人申请。

（四）各县（市、区）、市直各单位要同时报送申请医师执业注册人员统计表（附件3）纸质版及电子版。

（五）2015年及以前取得医师资格申请注册的，按照原规定办理，同时提交相关材料，并在统计表的“备注”栏中注明取得医师资格年度。各县（市、区）、市直各单位在执业注册工作中遇到的问题和建议请及时反馈。

- 附件：1、医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表
2、2017年度申请医师执业注册人员统计表

聊城市卫生和计划生育委员会

2017年7月6日



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。

2. 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					
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				

3. 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	<p>意见:</p> <p style="text-align: right;">负责人: 印章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
拟执业所在卫生计生行政部门意见	执业级别: 执业类别: 执业范围: 执业地点:		<p>意见:</p> <p style="text-align: right;">负责人:</p> <p style="text-align: right;">印章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

