受理编号：

医师执业注册申请审核表

医 师 姓 名：

医师资格证书编码：

河南省卫生健康委员会

河南省中医管理局

**填表说明**

**一、填写要求**

1.本表供取得《医师资格证书》后申请医师执业注册事项时使用；

2.使用蓝色或黑色水笔填写，内容完整、真实，字迹清楚；

3.表内的年月日时间，使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（包括中医、民族医、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”一律用与医师资格证书同底版小二寸免冠正面彩色照片；

8.“拟在该机构执业时间”是指申请人和医疗机构签订的《聘用劳动合同》中约定的合同期限。如3年、5年、10年等。

**二、《医师执业注册管理办法》第六条“不予注册”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.国家卫生健康委规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请执业级别 | □ 执业医师□ 执业助理医师 | 申请执业类别 | □ 临床□ 中医□ 口腔□ 公共卫生 | 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 |  |
| 申请人承诺 | **承诺**：本人没有《医师执业注册管理办法》**第六条**所列不予注册的情形，以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。 申请人签字： 年 月 日 |
| 拟执业机构意见 |  意 见：  负责人：  公章  年 月 日 |
| 卫生健康行政部门意见 | 执业级别： 意 见：执业类别： 执业范围： 负责人：执业地点：  公章  年 月 日 |

**须提交的材料清单：**

（一）《医师执业注册申请审核表》一式2份；

（二）拟执业机构《医疗机构执业许可证》正本复印件；

（三）申请人身份证原件和复印件；

（四）申请人照片3张；(“相片”一律用与医师资格证书同底版小二寸免冠正面彩色照片)

（五）集体注册的，医疗机构出具已录入《医师联网注册及考核管理系统》申请注册人员情况汇总表；

（六）特殊情形：

1.获得《医师资格证书》后2年内未注册者，或者中止医师执业活动2年以上的，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，还须提交由三级医疗机构出具的连续6个月以上的医师执业培训及培训考核合格证书；

2.因《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申请者，还需提供相关证明材料；

3.执业助理医师取得执业医师资格后申请换发新证的，还须提交原《医师执业证书》原件（由注册机关收回）。

**注：复印件需加盖医疗机构公章。**

**备注：申请人需通过医师电子化注册个人端口提出注册申请，拟聘机构需在医师电子化注册机构端审核同意后把纸质材料报送至拟执业机构登记注册的卫生健康行政部门受理。**