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

**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 |

受理编号：

医师变更执业注册申请审核表

医 师 姓 名：

医师资格证书编码：

医师执业证书编码：

河南省卫生健康委员会

河南省中医管理局

**填表说明**

1.本表供取得《医师执业证书》后申请医师变更执业事项时使用。

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，一律用公历阿拉伯数字填写。

4. “学历”应填写与申请类别相应的最高学历。

5. “相片”使用近期小二寸免冠正面彩色半身照。

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 原执业内容 | 变更后执业内容 |
| 机构名称 |  |  |
| 执业范围 |  |  |
| 其他 |  |  |
| 变更理由 |  |
| 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：  印章  年 月 日 |
| 拟执业机构所在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：  印章  年 月 日 |

医师变更执业注册须提交的材料清单

**一、变更“执业地点”、变更“主要执业机构”**

（一）《医师变更执业注册申请审核表》一式2份；

（二）申请人身份证原件和复印件；

（三）《医师资格证书》原件和复印件；

（四）《医师执业证书》原件和复印件；

（五）近期小2寸免冠正面彩色照片3张；

（六）集中变更时，医疗机构需出具申请注册人员情况汇总表；

**二、变更“执业范围”**

（一）《医师变更执业注册申请审核表》一式2份；

（二）申请人身份证原件和复印件；

（三）《医师资格证书》原件和复印件；

（四）《医师执业证书》原件和复印件；

（五）近期小2寸免冠正面彩色照片2张；

（六）以下材料中的任何一种：

1.同一类别其他专业高一层次学历证书及原学历证书的原件和复印件。

2.同一类别其他专业经三级医疗机构系统培训或专业进修合计满2年的考核合格证书原件和复印件。

**三、执业助理医师升执业医师的，按医师执业注册程序办理。办理时将执业助理医师证收回。**

**四、跨类别变更专业，必须取得相应类别的医师资格。按新类别医师执业注册办理，原类别《医师执业证书》注销收回。**

**护 士 执 业 注 册**

**申请审核表**

河南省卫生健康委员会制

**填 表 说 明**

 1.本表供申请首次护士执业注册或者重新申请护士执业注册使用。

 2.用黑色或蓝黑色钢笔填写，内容真实，字迹清晰。

 3.本表的第1、2、3、4、5项由申请人填写，第6项由有关

医疗卫生机构填写，第7项由注册机关填写。

 4.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

 5.申请人学历，填写护理或者助产专业最高学历。

 6.申请人健康状况，填写良好、一般或者有慢性病。

7.申请人工作类别，填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

8.申请人现技术职称，填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师、未评定。

 9.使用的照片为近期二寸免冠正面半身照。

**护士执业注册申请审核表**

1. **申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 国 籍 |  |
| 身份证号 |  |
| 通过护士执业资格考试时间 |  年 | 考试成绩 |  |
| 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 学 位 |  | 学 历 |  |
| 毕业时间 |  年 月 日 |  学 制 |  | 健康状况 |  |
| 专业学习经历： |

1. **拟聘用申请人的工作单位情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位名称 |  |
| 单位登记号 |  |
| 行政区划 | 省(自治区/直辖市) 地区(市) 县（区） |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |

**3．是否首次注册**

 是 □ 否 □

1. **如果不是首次注册，请填写申请人工作详情**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 现技术职称 |  | 现工作科室 |  |
| 职 务 |  | 工作类别 |  |
| 参加工作时间 | 年 月 日 |
| 工作经历： |

1. **行政许可申请人承诺**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可申 请 人 | 承诺：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 |

1. **拟聘用申请人工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见： 同意 □ 不同意 □ 单位法定代表（授权者）签字：  | 单位盖章： |
|  填写日期 年 月 日 |

1. **注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |
| --- |
| 准予注册 □ 护士执业证书编号：  |
| 不准予注册 □ 不准予注册理由： |
| 注册机关盖章 |
|  填写日期 年 月 日 |

1. **承办人**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可受理机关 | 承办人： 年 月 日 |

**护 士 变 更 注 册**

**申请审核表**

河南省卫生健康委员会制

**填 表 说 明**

1.本表供申请护士变更注册使用。

2.用黑色或蓝黑色钢笔填写，内容真实，字迹清晰。

3.本表的第1、2、3、4四项由申请人填写，第5、6项由有关医疗卫生机构填写，第7、8项由注册机关填写。

4.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

5.申请人学历，填写护理或者助产专业最高学历。

6.申请人健康状况，填写良好、一般或者有慢性病。

7.申请人工作类别，填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

8.申请人现技术职称，填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师、未评定。

9.使用的照片为近期二寸免冠正面半身照。

10.申请表格统一正反面打印，单面则为无效。

**护士变更注册申请审核表**

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 国 籍 |  |
| 身份证号 |  |
| 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 学 制 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 健康状况 |  |
| 毕业时间 |  年 月 日 | 护士执业证书编号 |  |
| 专业学习经历： |

**2．申请人原工作单位情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 原工作单位名称 |  |
| 单位行政区划 | 省(自治区/直辖市) 地区(市) 县（区） |
| 邮政编码 |  |
| 工作科室 |  | 技术职称 |  |
| 工作类别 |  | 职务 |  |
| 工作时间 | 年 月 日 至 年 月 日 |

**3．申请人拟工作单位情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 拟工作单位名称 |  |
| 单位行政区划 | 省(自治区/直辖市) 地区(市) 县（区） |
| 邮政编码 |  |
| 拟工作科室 |  | 技术职称 |  |
| 拟工作类别 |  | 职务 |  |

**4.行政许可申请人承诺**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可申 请 人 | 承诺：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 |

1. **申请人原工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见： 同意 □ 不同意 □ 单位法定代表人（授权者）签字：  | 单位盖章： 年 月 日 |

**6.申请人拟工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见： 同意 □ 不同意 □ 单位法定代表人（授权者）签字：  | 单位盖章： 年 月 日 |

**7.注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |
| --- |
| 准予变更注册 □ 不准予变更注册 □ |
| 不准予变更注册理由： |
| 注册机关盖章： 年 月 日 |

**8.承办人**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可受理机关 | 承办人：年 月 日 |