

**“我要办理医师执业注册”  
“一件事一次办”套餐服务规程**

邵阳市行政审批服务局

# “我要办理医师执业注册”

## “一件事一次办”套餐服务规程

一、服务名称：“我要办理医师执业注册”

二、办事主体：自然人

三、适用范围：邵阳市、各县市区。

四、涉及事项

1. 医师执业注册（含外国医师来华短期行医许可，台湾地区医师在大陆短期行医许可，香港、澳门特别行政区医师在内地短期行医许可）

2. 医师变更注册（含执业变更地点和执业范围）

五、所涉情形

1、您是否取得执业医师资格？

答： 是            否

1、您是否具有完全民事行为能力？

答： 是            否

六、须办证照

医师执业证

七、审批决定机构

市卫健委、县市区卫健局

八、申请条件

凡取得医师资格的，均可申请医师执业注册。有下列情

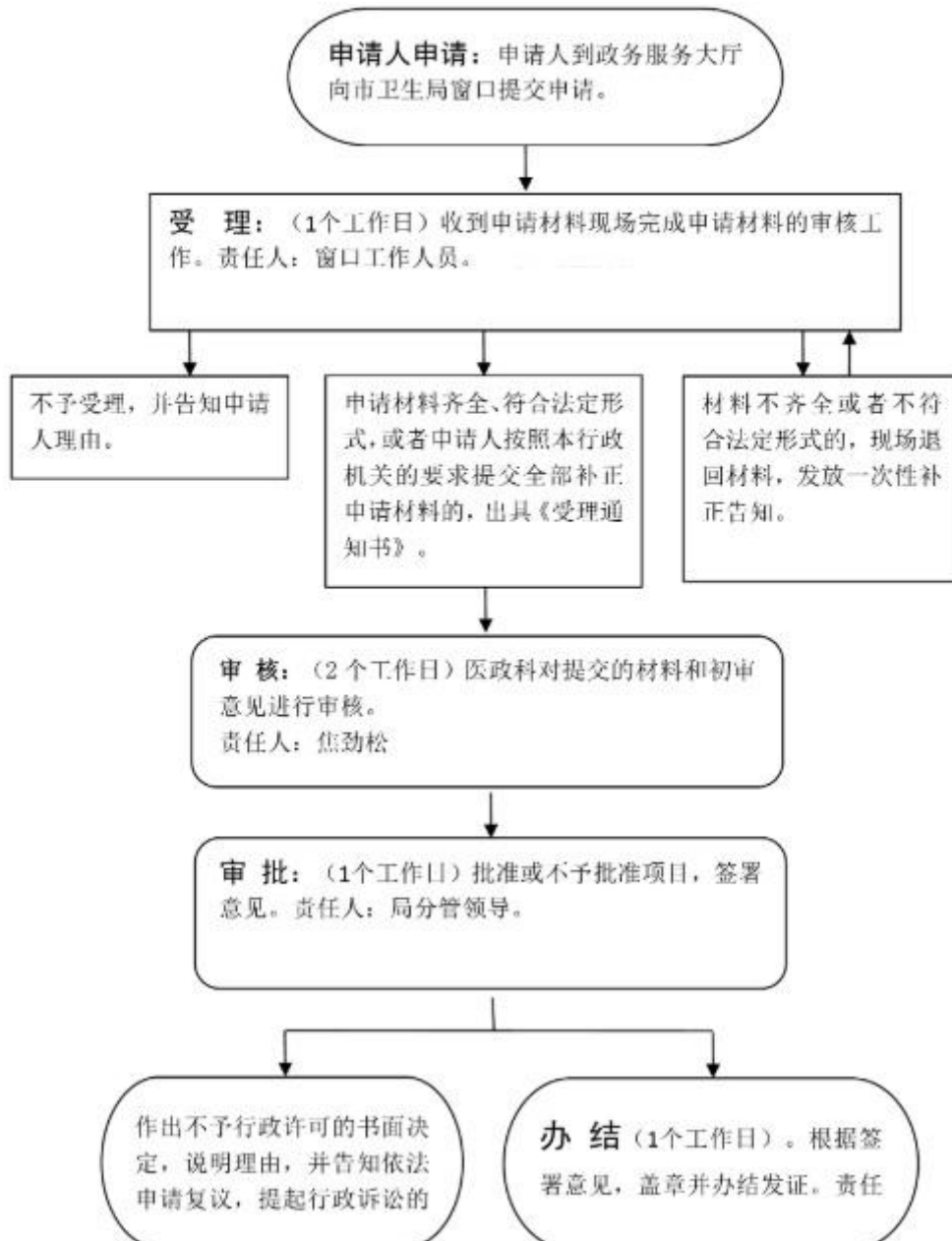
形之一的，不予注册：（1）不具有完全民事行为能力的；（2）因受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请注册之日止不满二年；（3）受吊销《医师执业证书》行政处罚，自处罚之日起至申请注册之日止不满二年的；（4）甲类、乙类传染病传染期、精神病期以及身体残等健康状况不适宜或者不能胜任医疗、预防、保健业务工作的；（5）重新申请注册，经考核不合格的；（6）在医师资格考试中参与有组织作弊的；（7）被查实曾使用伪造医师资格或者冒名使用他人医师资格进行注册的；（8）国家卫生计生委规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

### 九、材料清单

序号	申请材料	材料来源	份数	各类情形	材料要求
1	《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》	申请人自备	2	现场提交	原件
2	《医师资格证书》原件	申请人自备	1	现场提交	原件
3	《医疗机构执业许可证》副本复印件（含医疗机构名称、机构登记号、地址、邮编、诊疗科目）	申请人自备	1	现场提交	复印件
4	《医师执业培训合格证书》原件	申请人自备	1	获得医师资格证书两年内未注册、终止医师执业活动两年以上或者《管理办法》规定的不予注册的情形消失的医师申请注册时	原件
5	身份证复印件（验原件，存复印件）	申请人自备	1	现场提交	原件、复印件

## 十、办理流程

### 医师（含中医医师）执业注册、变更、及执业证书核发流程



## 十一 办理说明

1. 依法取得执业医师资格或者执业助理医师资格，并将在本辖区二级（含）以下医疗、预防、保健机构中执业的医师；

2. 具有完全民事行为能力；

3. 未受刑事处罚或自刑罚执行完毕之日起至申请注册之日止已满两年；

4. 未受吊销医师执业证书行政处罚或自处罚决定之日起至申请注册之日止已满两年；

5. 无国务院卫生行政部门规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

6. 《医师执业注册联网管理系统》内有医师本人正确的资格信息，并核验身份证信息，与二代身份证一致，若无或者错误则需要向注册地所在卫生行政部门进行补录或勘误，至市省卫生行政部门进行审批修改。

7. 该事项可以提供详细具体的办事指南、网上咨询和投诉渠道，但需到现场提交办理。

## 十二、办理时限

法定时限（ 20 个工作日）； 承诺时限（ 5 个工作日）

## 十三、收费标准及依据

不收费

## 十四、办公地点及咨询电话

办公地点	办 理 地 址	咨询电话
市政务中心	邵阳市双清区邵阳大道八一路政务服务中心	0739-5367067
大祥区政务中心	邵阳市大祥区西湖路国土大厦	0739-5396466
双清区政务中心	双清区陶家冲社区大楼一楼	0739-5270736
北塔区政务中心	邵阳市北塔区云山路 6 号北塔区政务服务中心	0739-5169909
经开区政务中心	邵阳市经开区邵阳大道与财神路交汇处	0739-5286583
邵东市政务中心	邵东市金龙大道 655 号	0739-2721335
新邵县政务中心	新邵县酿溪镇资码街	0739-3606428
邵阳县政务中心	邵阳县塘渡口镇振羽新区碧水绿苑商住 1 号楼	0739-6834107
武冈市政务中心	武冈市法相岩街道春光路春光大桥旁工业园办公楼	0739-4225008
城步县政务中心	城步苗族自治县行政中心 1 栋	0739-7369731
新宁县政务中心	新宁县坤一路和棉塘路交汇处（富丽城西门）	0739-4836992
隆回县政务中心	隆回县桃花坪街道桃洪东路 496 号	0739-8236111
绥宁县政务中心	绥宁县中心街 1 号	0739-7601240
洞口县政务中心	洞口县华荣路与梨园路交叉口东 100 米	0739-7235601

## 十五、办理时间

上午 9: 00—12: 00, 下午 13: 30—17: 00 (工作日)

## 十六、监督投诉渠道

监督电话: 0739-12345

## 十七、结果送达

送达方式: 现场自取、EMS 寄送

# 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	<p>申请人签字：_____ 年 月 日</p>				
拟执业机构意见	<p>意见：_____</p> <p>负责人：_____</p> <p>印章 _____</p> <p>_____ 年 月 日</p>				
与拟执业机构聘用（劳动）合同附本					
区、县注册机关意见	<p>执业级别：_____ 意见：_____</p> <p>执业类别：_____</p> <p>执业范围：_____ 负责人：_____</p> <p>执业地点：_____</p> <p>印章 _____</p> <p>_____ 年 月 日</p>				

### 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>					
拟执业机构所在注册机关意见	<p>执业级别: 意 见:</p> <p>执业类别:</p> <p>执业范围: 负责人:</p> <p>执业地点:</p> <p style="text-align: right;">印章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					



中华人民共和国



医师执业证书



# 医师执业注册培训合格证明

## 一、培训人员基本情况

姓 名		性 别		相   片
出生年月		民 族		
学 历		所学专业		
身份证号				
专业技术职务任职资格				
工作单位				
医师资格级别		医师资格类别		
医师资格证书编码				
培训专业		培训起始时间		
其它需要说明的事项				

## 二、培训指导老师情况

姓名		性别		年龄	
医师资格级别		医师资格类别			
医师资格证书编码					
医师执业证书编码					
专业技术职务任职资格					
从事临床工作年限		执业范围			

