

江西省卫生健康委员会文件

赣卫医字〔2019〕23号

关于进一步做好医师执业注册管理工作的通知

各设区市卫生健康委、赣江新区社会事务局，省直医疗卫生单位：

为深化“放管服”改革，优化医师执业注册办事服务，根据《医师执业注册管理办法》（国家卫生计生委令第13号）、《国家卫生健康委办公厅 国家中医药局办公室关于优化医疗机构和医护人员准入服务的通知》（国卫办医发〔2018〕29号）和《江西省卫生计生委关于做好医师执业注册管理工作的通知》（赣卫医字〔2017〕146号），结合我省实际，现就进一步做好医师执业注册管理工作有关事项通知如下：

一、注册机关

县级以上地方卫生健康行政部门（承接了医师执业注册职能的县市区行政审批局）是医师执业注册的主管部门，负责本行政区域内的医师执业注册监督管理工作。

二、注册程序

(一) 医师申请执业注册的，应当提交下列材料：

1. 医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表；
2. 近 6 个月 2 寸白底免冠正面半身照片；
3. 医师与拟聘机构签订的劳务合同（协议）或聘用证明；
4. 身份证原件（核验）及复印件 1 份；
5. 医师执业注册承诺书（附件 1）；

取得医师资格证两年内未注册者、中止医师执业活动两年以上或者《医师执业注册管理办法》规定的不予注册的情形消失的医师申请注册时，还须提供省级以上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。

(二) 医师申请多执业机构备案的，应当提交下列材料：

1. 医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表；
2. 医师与拟聘机构签订的劳务合同（协议）或聘用证明；
3. 身份证原件（核验）及复印件 1 份。

医师的执业范围需与备案机构设置的诊疗科目相适应；医师终止在备案机构执业的，应提交《医师取消执业备案申请表》（附件 2），办理取消备案手续。

(三) 医师申请多执业地点执业注册的，应当提交下列材料：

已在外省注册的执业医师到我省申请增加执业地点、执业机构注册的按医师申请执业注册的要求提供材料，并提交《医师执业证书》。

(四) 医师申请执业注册变更的，应当提交下列材料：

1. 医师申请主要执业机构变更、执业地点变更、执业类别变更、执业级别变更的，应在医师申请执业注册材料的基础上，提交《医师执业证书》。

2. 医师申请在同一医师资格类别内变更执业范围的，除应在医师申请执业注册材料的基础上，提交《医师执业证书》外，还须提交注册执业范围以外、同一类别拟从事专业的高一层次的省级以上教育部门承认的学历或在省级以上卫生健康行政部门指定的机构接受同一类别拟从事专业的系统培训两年或者专业进修满两年或系统培训和专业进修满两年并考核合格的证明或省级以上卫生健康行政部门安排的指令性和政策性转岗培训并考核合格的证明。

（五）医师申请补发《医师执业证书》的，应当提交下列材料：

1. 《医师执业证书》补办申请审核表（附件 3）；
2. 近 6 个月 2 寸白底免冠正面半身照片；
3. 身份证原件（核验）及复印件 1 份。

三、注册时限

医师执业注册时限压缩至 12 个工作日。

四、其他事宜

（一）按照《关于印发〈江西省医师多点执业管理办法〉的通知》（赣卫医发〔2016〕1 号）相关规定已办理多点执业手续且仍在有效期内的执业医师，其多点执业机构将默认为经备案的其他执业机构，超过有效期后须按《医师执业注册管理办法》规定办理相关注册手续。医师的执业类别、执业级别、执业范

围、主要执业机构等发生变更的，原多点执业信息将全部失效。

（二）按照《关于开展在岗乡村医生中等医学学历教育的通知》（赣教职成字〔2005〕5号）取得乡村医生中等医学学历的毕业生依法取得医师资格后，按《执业医师法》和《医师执业注册管理办法》等规定，进行医师执业注册管理。

（三）经培训合格取得省级卫生健康行政部门颁发的全科医生培训合格证书的临床、中医类别医师，可申请加注或变更为全科医学专业执业范围，允许其在基层医疗卫生机构和住院医师规范化培训基地、助理全科医生培训基地提供全科医疗服务。

（四）在县级及县级以上医疗机构执业的临床医师，从事基层医疗卫生服务工作，确因工作需要，经县级卫生健康行政部门考核批准，报设区的市级卫生健康行政部门备案，可申请同一类别至多3个专业作为执业范围进行注册。

本通知自印发之日起实施。以往规定与本通知不一致的，以本通知为准。

- 附件：1. 医师执业注册承诺书
2. 医师取消执业备案表
3. 《医师执业证书》补办申请审核表



附件 1

医师执业注册承诺书

----- (注册机关名称):

----- (姓名), ----- (身份证号) 确认本人在提交本次注册时, 不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一情形, 特此承诺。

承诺人:

承诺日期:

附:《医师执业注册管理办法》第六条规定:

有下列情形之一的, 不予注册:

- (一) 不具有完全民事行为能力的;
- (二) 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;
- (三) 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;
- (四) 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;
- (五) 重新申请注册, 经考核不合格的;
- (六) 在医师资格考试中参与有组织作弊的;
- (七) 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;
- (八) 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。

附件 2

医师取消执业备案表

备案机构名称			
姓 名		性别	
医师资格证书编号			
医师执业证书编号			
级 别	<input type="checkbox"/> 执业医师 <input type="checkbox"/> 执业助理医师		
执业类别	<input type="checkbox"/> 临床 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 中医 <input type="checkbox"/> 公共卫生		
执业范围			
备案情形起始时间			
备案医疗机构意见 或本人签名			
备注			

附件 3

《医师执业证书》补办申请审核表

姓 名		性别		(医师资格证同底或近 6 月免冠小 2 寸证件照)
出生日期	年 月 日	民族		
毕业学校		学历		
身份证号码				
执业机构				
通讯地址				
邮政编码		联系电话		
医师执业信息	医师执业级别: <input type="checkbox"/> 执业医师 <input type="checkbox"/> 执业助理医师 医师执业类别: <input type="checkbox"/> 临床 <input type="checkbox"/> 中医 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 公共卫生 医师执业证书编码:			
补领原因	<input type="checkbox"/> 证书损毁 <input type="checkbox"/> 证书遗失		申请人签字: 年 月 日	
工作单位证明	经办人: _____ 公章 年 月 日			
备注				

