金华市卫生和计划生育委员会文件

金卫医〔2018〕1号

金华市卫计委关于

加强医疗美容主诊医师备案管理的通知

各县（市、区）卫计局（委），各有关医疗机构：

根据国家卫生计生委《关于加强医疗美容主诊医师管理有关问题的通知》（国卫医发〔2017〕16号）精神，结合我市工作实际，提出以下工作要求，请遵照执行。

一、医师应通过第一执业机构进行医疗美容主诊医师专业审核，医疗机构应严格按照《医疗美容服务管理办法》(卫生部令第19号)第十一条的相关规定核定美容主诊医师专业，并向登记机关提交备案资料。

二、各卫计局（委）要引导和督促辖区内医疗机构核定美容主诊医师专业，并做好《执业医师证书》备注页登记、备案信息录入和对社会公示等工作。负责受理备案的工作人员要认真核对医疗机构报送的备案材料，确保备案信息准确、完整，对不符合本通知规定的备案材料应予退回。备案时须提供的材料包括：

（一）备案表一式1份，小二寸本人照片1张贴于备案表；

（二）医师执业证书原件，医师资格证书复印件；

（三）经医学会（质控中心）培训或医学院校相关专业学习取得合格证明原件及复印件1份；或教学医院进修考核合格证明；或已从事医疗美容临床工作1年以上的相关证明（原已取得的美容主诊医师资格证书）1份；

（四）本周期医师定期考核合格证明。

三、已经省卫计委（原省卫生厅）核定的医疗美容主诊医师，医疗机构须重新进行专业核定并提交备案管理，同时收回原浙江省医疗美容主诊医师资格证书。

四、已在外省备案的执业医师转到我市后须重新提交备案信息。

特此通知。

金华市卫计委

2018年1月10日

附件

受理编号：

医疗美容主诊医师专业备案表

医疗机构名称：

医疗机构联系人：

医疗机构联系方式：

金华市卫生和计划生育委员会

办理须知

一、申请条件

《医疗美容服务管理办法》(卫生部令第19号)第十一条：负责实施医疗美容项目的主诊医师必须同时具备下列条件：

（一）具有执业医师资格，经执业医师注册机关注册；

（二）具有从事相关临床学科工作经历。其中，负责实施美容外科项目的应具有6年以上从事“美容外科”或“整形外科”等相关专业临床工作经历；负责实施美容牙科项目的应具有5年以上“美容牙科”或“口腔科”专业临床工作经历；负责实施美容中医科和美容皮肤科项目的应分别具有3年以上从事“中医”专业和“皮肤病”专业临床工作经历；

（三）经过医疗美容专业培训或进修并合格，或已从事医疗美容临床工作1年以上。

二、需提供的材料清单（所有复印件均需加盖单位公章）

1. 《医疗美容主诊医师专业备案表》1份；

2. 小二寸照片一张；

3. 《医师执业证书》原件；

4. 《医师资格证书》；

5. 经医学会（质控中心）培训或医学院校相关专业学习取得合格证明；或教学医院进修考核合格证明；或已从事医疗美容临床工作1年以上的相关证明（原已取得的美容主诊医师资格证书）1份；

6. 本周期医师定期考核合格证明。

以上证明材料均须验原件，收复印件。

三、填写要求

请用电脑打印或钢笔填写，字迹清楚，不得涂改、空项。内容要实事求是，填报有虚假者，责任自负。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照片  医师资格级别 | | | | 姓 名 | | |  | | | 性别 | |  | | 手机号 | | | |  | | |
| 出生日期 | | | 年 月 日 | | | | | 专业技术职务任职资格 | | | | |  | | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | 健康状况 | | | |  | |
| 医师资格类别 | | | | 临床□ 中医□ 口腔□ 公共卫生□ | | | | | | | | | | | | |
| 医师资格  证书编码 | |  | | | | | | | 医师执业 证书编码 | | | |  | | | | | | | |
| 医师本人意见 | | | | | 本人承诺：  申请备案专业： □美容外科专业 □美容牙科专业 □美容皮肤科专业 □美容中医科专业，所提供的备案材料真实有效。  医师签字：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个  人  执  业  经  历 | 起止时间 | | | | | 执业机构 | | | | | 执业范围 | | | | | 注册机关 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 医疗机构  承诺和意见 | | | 我医院承诺：  经对照规定条件，认为该医师符合《医疗美容服务管理办法》第十一条和《关于加强医疗美容主诊医师管理有关问题的通知》规定，同意核定为 □美容外科专业 □美容牙科专业 □美容皮肤科专业 □美容中医科专业，并保证严格按照相关规定开展医疗美容服务行为。  负责人（签字）： 医疗机构（盖章）  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 办理情况 | | | 承办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

金华市卫生和计划生育委员会办公室 2018年1月10日印发