附件：

浙江省卫生计生委办公室关于医师增加注册全科医学专业执业范围有关事项的通知（征求意见稿）

各市、县（市、区）卫生计生委（局），各省级医院：

为加强全科医学专业队伍建设，根据《执业医师法》《国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》（国办发〔2018〕3号）、《医师执业注册管理办法》《关于医师执业注册中医师执业范围的暂行规定》（卫医发〔2001〕169号）和《浙江省人民政府办公厅关于印发浙江省改革完善全科医师培养与使用激励机制实施方案的通知》（浙政办发〔2018〕65号）精神，现将我省医师增加注册全科医学专业执业范围有关事项通知如下：

1. 全科医学专业医师规范化培训基地（基地名单见附件1）和基层医疗卫生机构（主要是乡镇卫生院和社区卫生服务机构）在岗临床类别医师，确因工作需要从事全科医学诊疗工作，经培训合格，可以在原注册执业范围的基础上申请增加全科医学专业执业范围，允许其在培训基地和基层医疗卫生机构提供全科医疗服务。
2. 医师申请增加注册全科医学专业执业范围需提供《浙江省医师增加注册执业范围申请表》（见附件2）和浙江省卫生计生委统一核发、验印的全科医师岗位培训合格证书、全科医师转岗培训合格证或全科医师规范化培训合格证书（验原件交复印件）。

三、加强医师执业注册管理，有利于规范医师的执业行为，保证医疗质量和医疗安全。各级卫生计生行政部门应当严格审核医师执业注册申请材料，对提供虚假材料的，在“医师执业注册联网管理系统”黑名单中予以记录，并依据相关法律法规严肃处理。

附件：1．浙江省临床类别全科医学专业住院医师规范化培训基地汇总表

2．浙江省医师增加注册执业范围申请表

附件1

浙江省全科医学专业医师规范化培训

基地汇总表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **级别** | **序号** | **基地名称** |
| **执业医师**  **全科培训基地** | 1 | 浙江医院 |
| 2 | 浙江省人民医院 |
| 3 | 浙江大学医学院附属第一医院 |
| 4 | 浙江大学医学院附属第二医院 |
| 5 | 浙江大学医学院附属邵逸夫医院 |
| 6 | 温州医科大学附属第一医院 |
| 7 | 温州医科大学附属第二医院 |
| 8 | 杭州市第一人民医院 |
| 9 | 杭州市第三人民医院 |
| 10 | 杭州市萧山区第一人民医院 |
| 11 | 宁波大学医学院附属医院 |
| 12 | 宁波市第一医院 |
| 13 | 宁波市第二医院 |
| 14 | 宁波市医疗中心李惠利医院 |
| 15 | 宁波市鄞州人民医院 |
| 16 | 温州市人民医院 |
| 17 | 温州市中心医院 |
| 18 | 嘉兴市第一医院 |
| 19 | 嘉兴市第二医院 |
| 20 | 湖州市第一人民医院 |
| 21 | 湖州市中心医院 |
| 22 | 绍兴市人民医院 |
| 23 | 金华市中心医院 |
| 24 | 东阳市人民医院 |
| 25 | 衢州市人民医院 |
| 26 | 舟山医院 |
| 27 | 台州市第一人民医院 |
| 28 | 台州市中心医院 |
| 29 | 浙江省台州医院 |
| 30 | 丽水市人民医院 |
| 31 | 丽水市中心医院 |
| 32 | 义乌市中心医院 |
| **执业助理医师**  **全科培训基地** | 33 | 桐庐县第一人民医院 |
| 34 | 淳安县第一人民医院 |
| 35 | 宁波市奉化区人民医院 |
| 36 | 永嘉县人民医院 |
| 37 | 泰顺县人民医院 |
| 38 | 德清县人民医院 |
| 39 | 安吉县人民医院 |
| 40 | 绍兴第二医院 |
| 41 | 兰溪市人民医院 |
| 42 | 武义县第一人民医院 |
| 43 | 浦江县人民医院 |
| 44 | 常山县人民医院 |
| 45 | 江山市人民医院 |
| 46 | 开化县人民医院 |
| 47 | 龙游县人民医院 |
| 48 | 青田县人民医院 |
| 49 | 庆元县人民医院 |
| 50 | 松阳县人民医院 |
| 51 | 遂昌县人民医院 |
| 52 | 云和县人民医院 |
| 53 | 景宁县人民医院 |
| 54 | 缙云县人民医院 |
| 55 | 龙泉市人民医院 |

附件2

浙江省医师增加注册执业范围申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照  片 |
| 身份证号码 |  | | |
| 执业证号码 |  | | |
| 执业类别 | 临床 □ 中医 □ | | |
| 现执业范围 |  | | | |
| 拟新增执业范围 |  | | | |
| 医师本人意见 | 申请人签名： 申请日期： 年 月 日 | | | |
| 第一主执业机构意见 | 负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | |
| 卫生计生行政部门意见 | 负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | |

注：本表一式三份，由申请人、医疗卫生机构、卫生计生行政部门各保留一份。