

# 德州市卫生和计划生育委员会

---

德卫许可函〔2017〕2号

## 关于做好2017年全市医师注册相关工作的通知

各县市区卫生计生局(卫生局、社会事业管理部、社会事务管理局), 市直各医疗卫生单位:

为做好2017年医师注册工作, 现将有关事项通知如下:

### 一、提交材料:

- 1.《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》(附件1) 1份(附有照片);
- 2.《医师资格证书》原件及复印件1份;
- 3.身份证原件及复印件1份;
- 4.报考医师资格考试用的毕业证书原件及复印件
- 5.二级以上医疗机构出具的6个月内健康体检证明原件(附件2) 1份(申请人注册的医疗机构除外);
- 6.拟执业机构聘用(劳动)合同附本复印件(加盖医疗机构公章);
- 7.《医疗机构执业许可证》副本复印件1份(加盖医疗机构公章);
- 8.助理医师升执业医师的还需提交原《医师资格证书》《医

师执业证书》原件及复印件 1 份；

9.近 6 个月 2 寸白底免冠正面半身照片；

10.取得《医师资格证书》两年未注册的还需提供省卫计委指定医疗机构（滨州医学院附属医院、济宁医学院附属医院、济南市中心医院）出具的培训合格考核意见。

## 二、注册要求

今年的集中注册工作从即日起至 7 月底结束。请各县市区卫生计生局、各市直医疗机构电话预约材料报送注册时间，同时将纸质版注册名单(附件 3 加盖公章)两份及电子版一并报送。市区市直医疗机构报送至市政务服务中心卫计委窗口，县区市直医疗机构及其他医疗机构和个人报送至辖区卫生计生局，由县市区卫生计生局审核后统一报送。

各县市区卫生计生局、各市直医疗机构要按照要求对注册人员严格审核，规范注册，严禁弄虚作假。确定审核无误后，报送本辖区内拟注册人员名单纸质版一份（附件 4，加盖单位公章）及电子版，以电子版注册名单作为各县市区卫生计生局领证依据，请电话预约领证时间。

联系电话：2236761、2236762

电子邮箱：dzzwswsj@163.com

附件：1.《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》

2.《山东省医师执业注册健康体检表》

**3.2017 年德州市医师执业注册名单**

**4. \_\_\_县（市区）2017 年拟注册人员名单**

德州市卫生和计划生育委员会

2017 年 5 月 12 日

附件 1

# 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 style="text-align: center;">申请人签字：_____ 年 月 日</p>				
拟执业机构意见	<p>意见：_____</p> <p style="text-align: right;">负责人：_____</p> <p style="text-align: right;">印章 _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>				
与拟执业机构聘用（劳动）合同附本					
卫生计生行政部门意见	<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>				

### 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>					
拟执业所在卫生计生行政部门意见	<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>					



#### 4. 多机构备案

拟执业机构 名称		机构登记号	
机构地址			
邮政编码		单位电话	
有效期开始时间		有效期结束时间	
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>		

## 5. 备注

--

附件 2:

# 山东省医师执业注册

# 健康体检表

二〇 年 月 日

山东省卫生厅制

姓 名:\_\_\_\_\_

性 别:\_\_\_\_\_

照 片

出生年月:\_\_\_\_\_

民 族:\_\_\_\_\_

医师资格证书号码: \_\_\_\_\_

拟受聘医疗机构

名 称: \_\_\_\_\_

地 址: \_\_\_\_\_

邮 编: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

承检医院: \_\_\_\_\_

注：本页内容由申请注册本人填写；

承检医院需在体检着照片上盖医院公章。

基本情 况及主 要病史	体重： kg 身高： cm 血压： kpa 心率： 次/分 脉搏： 次/分 药物史： 嗜好： 家族或遗传病史： 既往病史： 医师意见： 医师签名：
内 科	心： 肺： 肝： 胆： 脾： 胃： 肾： 精神、神经： 医师意见（初步诊断）： 医师签名：
外 科	头颈： 淋巴结： 四肢： 脊柱： 胸、腹： 乳房： 肛门： 泌尿生殖： 皮肤粘膜： 医师意见（初步诊断）： 医师签名：
神 经 科	颅神经： 病理反射： 运动神经： 感觉： 医师意见（初步诊断）： 医师签名：

五官科	视力： 左： 右： 眼底： 其他眼疾： 听力： 左： 右： 耳道： 鼓膜： 其他耳疾： 口腔粘膜： 鼻窦： 扁桃体： 咽喉： 医师意见（初步诊断）： 医师签名：
辅助检查	血常规： 尿常规： 肝功： 乙肝表面抗原： 胸透： 心电图： 腹部 B 超（肝、胆、胰脾、肾）： 医师意见（初步诊断）： 医师签名：
体检结论	主检医师签字： 年 月 日 （承检医院公章）
注册机关意见	注册机关盖章 年 月 日

注：1、表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假；  
 2、体检后此表交注册机关。

# 辅助检查粘贴单

注：本表正反面打印到A4纸上





