附件1：

医师执业注册申请书

肃南县卫计委

我（单位）现向贵委申请 《医师执业证书》行政许可，并提交如下申请材料：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

申请人承诺：以上提交材料与原件一致，并对提交的材料真实合法性负责。

请依法审查并予以批准。

申请人签字（盖章）：

年 月 日

行政许可申请人名称：

联系人姓名： 联系电话：

办公电话： 电子邮箱：

住址/地址： 邮编：

附件2：

护士执业注册申请书

肃南县卫计委

我（单位）现向贵委申请 《护士执业证书》行政许可，并提交如下申请材料：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

申请人承诺：以上提交材料与原件一致，并对提交的材料真实合法性负责。

请依法审查并予以批准。

申请人签字（盖章）：

年 月 日

行政许可申请人名称：

联系人姓名： 联系电话：

办公电话： 电子邮箱：

住址/地址： 邮编：

附件3：

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。

1. **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 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：    负责人：  印章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 |  | | | | | | | | |
| 卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | | | | | | | | |

1. **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 | 意 见：  负责人：  印章  年 月 日 | | | | | | | |
| 拟执业所在卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | | | | | | | |

1. **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 | 意 见：    负责人：  印章  年 月 日 | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**5.备注**

附件4：

**护 士 执 业 注 册**

**申请审核表**

**中华人民共和国卫生部制**

**填 表 说 明**

1．本表供申请首次护士执业注册或者重新申请护士执业注册使用。

2．用钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3．本表的第1、2、3、4、5项由申请人填写，第6项由有关医疗卫生机构填写，第7项由注册机关填写。

4．表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

5．申请人学历，填写护理或者助产专业最高学历。

6．申请人健康状况，填写健康状况良好、一般或者有慢性病。

7．申请人工作类别，填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者

其他。

8．申请人现技术职称，填写护士、护师、主管护师、副主任护师、

主任护师、未评定。

9．使用的照片为近期二寸免冠正面半身照。

**护士执业注册申请审核表**

填报日期： 年 月 日

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 民 族 | |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | | | | 国 籍 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | |
| 通过护士执业资格考试时间 | | | 年 | | | 考试成绩 | |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | 学 位 | |  | | | 学 历 | |  |
| 毕业时间 | 年 月 日 | | 学 制 | |  | | | 健康状况 | |  |
| 专业学习经历 | | | | | | | | | | |

**2．拟聘用申请人的工作单位情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位名称 |  | | |
| 单位登记号 |  | | |
| 行政区划 | 省(自治区/直辖市) 地区(市) 县（区） | | |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |

**3．是否首次注册**

是□ 否□

**4．如果不是首次注册，请填写申请人工作详情**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 现技术职称 |  | 现工作科室 |  |
| 职务 |  | 工作类别 |  |
| 参加工作时间 | 年 月 日 | | |
| 工作经历 | | | |

**5．申请人签名**

**6．拟聘用申请人工作单位意见（由工作单位填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位意见：  同意□ 不同意□    单位法定代表（授权者）签字 | 单位盖章 |
| 填写日期 年 月 日 | |

**7．注册机关意见（由注册机关填写）**

|  |
| --- |
| 准予注册□ 护士执业证书编号： |
| 不准予注册□ 不准予注册理由： |
| 注册机关盖章 |
| 填写日期 年 月 日 |

附件5：

肃南县卫计委

行政审批申请材料补正告知书

肃卫计审补告字〔 〕第 号

：

你（单位）于 年 月 日申请的

，所提供(出示)的材料不齐全（不符合法定形式），根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第 项规定，请作如下补正：

。

如需咨询，请与 冯莉蓉 联系，电话 0936-6124080

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件6：

肃南县卫计委

行政审批申请受理决定书

肃卫计审受字〔 〕第 号

　　　　　　　　　　　　　 　：

你（单位）于 年 月 日向本局提出的

　　　　　　　　　　　　　　　　 申请和所提供（出示）的材料，符合该项目申请条件。根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第五项规定，决定予以受理。

附：《行政审批材料清单》肃卫计审清字〔 〕第 号。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

肃南县卫计委

行政审批材料清单

肃卫计审清字〔 〕 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | |  | | | 审批事项 |  | | |
| 委托  代理人 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 材 料（可续页） | | | | | | | | |
| 序号 | 材 料 名 称 | | | | | | 页数 | 份数 |
| 1 |  | | | | | |  |  |
| 2 |  | | | | | |  |  |
| 3 |  | | | | | |  |  |
| 4 |  | | | | | |  |  |
| 5 |  | | | | | |  |  |
| 6 |  | | | | | |  |  |
| 7 |  | | | | | |  |  |
| 8 |  | | | | | |  |  |
| 9 |  | | | | | |  |  |
| 10 |  | | | | | |  |  |
| 11 |  | | | | | |  |  |
| 12 |  | | | | | |  |  |
| 13 |  | | | | | |  |  |
| 提供人 | | | （签字） | 联系电话 | | |  | |
| 收件人 | | | （签字） | 联系电话 | | |  | |
| （印章）  年 月 日 | | | | | | | | |

本文书一式三份，提供人、收件人一份，一份附案卷。

附件7：

肃南县卫计委

行政审批申请不予受理决定书

肃卫计审不受字〔 〕第 号

：

你(单位) 于 年 月 日向本局申请的

，经审查，不需要取得行政审批(或不属于本机关职权范围，应当向

提出申请)。根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第 项规定，决定不予受理。

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起六十日内向

张掖市卫计委或者肃南县人民政府申请行政复议；也可在 月（日）内向高台县人民法院提起行政诉讼。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件8：

肃南县卫计委

准予行政审批决定书

肃卫计审准决字〔 〕第 号

申请人：

证照类别及编号：

地址：

邮政编码：　　　　 联系电话：

法定代表（负责）人：　　 　职务：　 　电话：

申请人于 年 月 日向本局提出

申请，本局于 年 月 日受理。经审查，符该项目规定要求，根据《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款和《 》第 条第 款第 项规定，决定准予申请人 。

行政审批有效期至 年 月 日。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件9：

肃南县卫计委

不予行政审批决定书

肃卫计审不决字〔 〕第 号

申请人：

证照类别及编号：

地址：

邮政编码：　　　　 联系电话：

法定代表（负责）人：　　 　职务：　 电话：

申请人于 年 月 日向本局提出

申请，本局于 年 月 日受理。经审查，

，根据《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第二款和《

》第 条第 款第 项规定，决定不予 。

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起六十日内向

张掖市卫计委或者肃南县人民政府申请行政复议；也可在 月（日）内向高台县人民法院提起行政诉讼。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件10：

肃南县卫计委

撤销行政许可决定书

肃卫计审撤决字〔 〕第 号

行政相对人：

证照类别及编号：

地址：

邮政编码：　　　　 联系电话：

法定代表（负责）人： 职务：

你（单位）于 年 月 日取得

行政许可，经调查发现：

。根据《中华人民共和国行政许可法》第六十九条第 款 项规定，本局决定撤销你单位已取得的

行政许可。

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起六十日内向张掖市卫计委或者肃南县人民政府申请行政复议；也可在 月（日）内向高台县人民法院提起行政诉讼。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书正本送达行政相对人，副本存档。

附件11：

肃南县卫计委

送 达 回 证

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受送达单位（人） | |  | | | |
| 送 达 地 点 | |  | | | |
|  | |  | | | |
| 送达文件名称 | | 文 号 | 送达方式 | 收到日期 | 受送达单位（人）  签 字 或 盖 章 |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
| 签发人 |  | | 送达人 |  | |
| 不能送达  理 由 |  | | | | |
| 备  注 |  | | | | |

附录A

医师执业证书（样本）



附录B

护士执业证书（样本）



附录C

**实施机关信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **实施机关**  **名称** | **受理地点** | **办公时间** | **咨询** | **网址** | **内设机构** |
| 肃南县卫计委 | 地址：肃南县政务服务大厅生育服务窗口 | 周一至周五上午8:30至12:00，下午14:30至18:00。（不含法定节假日） | 电话：  0936-6124080  网址：  <http://zysn.gszwfw.gov.cn/art/2018/7/2/art_183312_322453.html> | 相关表格下载的网址：  <http://zysn.gszwfw.gov.cn/art/2018/7/2/art_183312_322453.html> |  |