

新密市卫生局文件

新密卫基妇〔2015〕5号

新密市卫生局 关于印发新密市乡村医生执业再注册 工作方案的通知

各乡镇卫生院、街道办事处社区卫生服务中心，市直有关单位：

根据《乡村医生从业管理条例》（以下简称《条例》）和《河南省卫生计生委关于印发河南省乡村医生执业再注册工作方案的通知》（豫卫基层〔2014〕11号）要求，为加强我市乡村乡村医生从业管理，规范乡村医生考核和再注册工作，结合实际，现将相关事宜通知如下：

一、再注册范围

(一) 持 2009 年以来发放的《乡村医生执业证书》，在村卫生室（所、站）、新型农村社区医疗机构执业的乡村医生。

(二) “撤村改居”后，尚未建立城市社区卫生服务机构，仍在原村医疗卫生机构执业，执业地点、执业范围不变的乡村医生。

(三) 有下列情形之一的，不纳入再注册范围：

1. 在村卫生室（所、站）、新型农村社区医疗卫生机构从业的执业医师、执业助理医师。

2. 已享受生活补助待遇的老年乡村医生。

3. “撤村改居”后，原来的村医疗卫生机构转型为城市社区卫生服务机构时，已取得合法行医资格并在转型后的城市社区卫生服务机构注册执业的乡村医生。

原则上，65 岁以上乡村医生如不再在村卫生室（所、站）、新型农村社区医疗卫生机构执业，《乡村医生执业证书》有效期满后不再换发。但如因退出后村卫生室无符合条件的执业人员，影响居民看病就医，或该地区户籍人口与乡村医生配备比例低于 1-1.2‰ 的，可由乡村医生本人提出申请，逐级上报市卫生局审核认定后，予以再注册。

二、再注册条件

拟继续在村卫生室（所、站）、新型农村社区医疗卫生机构执业，且同时满足下列条件的乡村医生，在规定时间内，向市卫

生局基妇科申请执业再注册。

（一）在注册执业期间，遵守执业规则，履行岗位职责；

（二）至少每 2 年接受 1 次培训，并考核合格；

（三）参加市卫生局每 2 年组织的乡村医生考核，并考核合格；

（四）无《条例》第十四条所列不予再注册、第十八条所列注销注册的情形。

三、工作程序

（一）申报材料阶段。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）要保证每名符合条件的乡村医生接到通知（实行通知回执单〈附件 1〉制度，要保存相关书面或影像资料备查），并认真组织收集资料，；要严格按条件做好初审，要掌握统一标准，乡村医生是否连续在岗，考核是否合格等都要有准确依据。要求乡村医生填写《乡村医生执业再注册申请审批表》（附件 2），并提供 8 项完整的申请材料（附件 3）。乡镇卫生院负责签收辖区内乡村医生再注册申请材料，并将收集的材料上报至市卫生局基妇科审核。要通过再注册工作进一步完善村卫生室的资产档案和乡村医生的个人信息档案，保证再注册工作有法可依，有据可查。

（二）审核发证阶段。分乡镇（街道）审核，（具体时间见附表 4）。对准予再注册的乡村医生，由市卫生局统一打印、发放《乡村医生执业证书》，并收回旧证；对不符合再注册条件的

乡村医生，不予再注册，由市卫生局收回原《乡村医生执业证书》，并向乡村医生书面说明理由（见附件5），填写《乡村医生执业证书注销注册人员情况汇总表》（见附件7）。

（三）汇总完善阶段。市卫生局完成乡村医生再注册相关统计及信息录入等工作后，将《乡村医生执业再注册人员情况汇总表》（见附件6）报郑州市卫生计生委备案。

四、工作要求

（一）加强组织领导。乡村医生执业证书有效期满再注册工作涉及面广、操作性强，关系到乡村医生的切身利益，我局已成立以主管局长为组长、各单位院长（主任）、公共卫生科负责人为成员的领导小组，各单位也要高度重视，成立相应组织，确定专人负责，确保工作的有序推进。

（二）落实工作职责。各单位要加大宣传力度，通过信息公开、乡医例会、培训学习等多种形式广泛宣传，使符合条件的乡村医生充分了解再注册政策，积极配合执业再注册工作。同时，要做好再注册乡村医生的资料收集、初审、信息上报等工作；并对存在的问题及时梳理，做好宣传解释工作。

（三）严格工作纪律。再注册工作必须坚持公正、公开、公平，对不符合再注册条件的一律不得注册；要严格依法办理，不得借机收取或变相收取乡村医生执业注册相关费用，严禁出现违法办理乡村医生执业再注册的行为，对在再注册过程中徇私舞弊

弊、造假或使用不正当手段的，一经查实，按照《条例》有关规定严肃处理。

- 附件：
1. 乡村医生执业再注册通知单
 2. 乡村医生执业再注册申请审批表
 3. 乡村医生执业再注册材料清单
 4. 审核材料时间安排表
 5. 不予执业再注册告知书
 6. 乡村医生执业再注册人员情况汇总表
 7. 乡村医生执业证书注销注册人员情况汇总表

2015年2月27日

乡村医生执业再注册通知单

_____:

根据郑州市卫生局《关于组织做好乡村医生执业再注册工作的通知》（郑卫农卫〔2015〕2号）要求，我市将对2009年在我市注册并持有《乡村医生执业证书》、拟继续在我市村医疗卫生机构（社区卫生服务站）从业的乡村医生开展乡村医生执业再注册工作。

请您收到本通知书后在回执单上签字确认，并将回执单交回送达单位。如需再注册的，于 年 月 日前，到您拟执业的村卫生室（社区卫生服务站）所在的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）办理再注册申请手续。

特此告知。

送达单位:

送达日期: 年 月 日

乡村医生执业再注册通知单回执

本人已接到《乡村医生执业再注册通知》，并已知晓乡村医生执业再注册有关事项。

本人签字:

接收日期: 年 月 日

乡村医生执业再注册申请审批表

乡村医生姓名：_____

现执业村卫生室名称：_____

原乡医执业证书编码：_____

填表时间： 年 月 日

河南省卫生计生委监制

姓名	性别	出生年月	近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片
民族	联系电话		
毕业学校		专业学历	
家庭地址		毕业专业	
身份证号码			健康状况
乡医执业证书编号（原）：			获取时间
执业（助理）医师资格证书： 有 无			获取时间
执业（助理）医师注册证书： 有 无			获取时间
现执业机构 名称 登记号 联系电话			
拟聘用机构 名称 登记号 联系电话			
何时何地获得何种奖励			
何时何地因何原因受过何种处罚或处分			
乡村医生考核时间及结果			
业务培训时间及内容			
本人确认以上信息无误，因原《乡村医生执业证书》有效期满，现申请乡村医生再注册。			
申请人（签名）：			年 月 日
（以上由乡村医生本人填写）			

<p>村卫生室(所、站)聘用意见</p>	<p style="text-align: right;">负责人签名: (公章) 年 月 日</p>
<p>执业地乡镇卫生院意见</p>	<p style="text-align: right;">负责人签名: (公章) 年 月 日</p>
<p>县级卫生行政部门业务审核意见</p>	<p style="text-align: right;">业务科室负责人签名: 年 月 日</p>
<p>县级卫生行政部门执业审批意见</p>	<p style="text-align: right;">单位负责人签名: (公章) 年 月 日</p>
<p>备注</p>	
<p>新《乡村医生执业证书》编号:</p>	

填 表 说 明

1. 本表供申请乡村医生执业再注册使用。
2. 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. “专业学历”应填写国家承认的最高学历，非医学专业学历按无专业学历填写。
5. “乡村医生考核”是指县级卫生行政部门组织的两年一次的业务考评和职业道德评定。
6. “业务培训”是指由各级卫生行政部门组织的乡村医生专业技术培训。
7. 如填写内容较多，可另加附页。

乡村医生执业再注册材料清单

1. 《乡村医生执业再注册申请审批表》
2. 《乡村医生执业证书》原件
3. 申请人身份证原件及复印件
4. 近期 2 寸免冠正面半身照片两张
5. 村卫生室（所、站）出具的拟聘用证明（已实行乡村卫生服务管理一体化的地区，由乡镇卫生院出具证明）
6. 拟聘用村卫生室（所、站）医疗机构许可证副本复印件
7. 各级卫生行政部门组织的业务培训合格记录
8. 县级卫生行政部门组织的业务考评结果

附件 4

审核材料时间排序表

序号	单位名称	时间安排
1	西大街	3月3日
2	矿区	3月4日
3	青屏	3月5日
4	新华路	3月6日
5	袁庄乡	3月9日
6	尖山	3月10日
7	米村镇	3月11日
8	岳村镇	3月12日
9	平陌镇	3月13日
10	牛店镇	3月16日
11	白寨镇	3月17日
12	刘寨镇	3月18日
13	城关镇	3月19日
14	苟堂镇	3月20日
15	超化镇	3月23日
16	大隗镇	3月24日
17	来集镇	3月25日
18	曲梁镇	3月26日

附件 5

不予执业再注册告知书

_____:

你申请 2014 年乡村医生执业再注册时, 由于_____

_____,
根据《乡村医生从业管理条例》、《郑州市卫生局转发河南省卫生计生委关于印发河南省乡村医生执业再注册工作方案的通知》(郑卫农卫〔2015〕2号), 不予执业再注册, 并收回乡村医生执业证书, 注销注册。

如你对存在的以上不再注册情形有异议的, 请在收到本告知书后 5 个工作日内到新密市卫生局基妇科抽出书面陈述申辩, 逾期未提出书面陈述申辩的, 我局将依法予以注销注册。

新密市卫生局

年 月 日

本告知书我已收到。

申请人/代理人签收(签名):

联系方式:

年 月 日

附件 6

乡村医生执业再注册人员情况汇总表

填报单位（盖章）：

县（市、区）	乡镇名称	姓名	性别	年龄	身份证号码	新乡村医生执业证书号码	原乡村医生执业证书号码	注册村级卫生机构名称	乡村医生联系方式	

填报人：

联系电话：

审核人：

填报时间：

年

月

日

附件 7

乡村医生执业证书注销注册人员情况汇总表

填报单位（盖章）：

县（市、区） 名称	乡镇 名称	姓名	性 别	年 龄	身份证号码	原乡村医生执 业证书号码	原注册村级卫生 机构名称	现执业 资质	现注册医疗卫生 机构名称	联系电话	注销注 册原因

填报人：

联系电话：

审核人：

填报日期：

年 月 日