附件4《办事指南》

**办事指南**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事项名称 | | | 乡村医生执业注册 | 事项编码 | | 基本编码 | | | 110000038000 | |
| 实施编码 | | | 530124000000015127362000 | |
| 事项类型 | | | 行政许可 | 服务对象 | | √自然人 □法人 | | | | |
| □自然人或法人 | | | | |
| 办理机构 | | | 富民县卫生和计划生育局 | 服务层级 | | □市级 √县（区）级 | | | | |
| □镇（街）级 □村（社）级 | | | | |
| 受理条件 | | | 取得《云南省乡村医生资格证书》或者县级以上卫生行政部门颁发的《乡村医生资格证书》。  取得省级教育行政部门认可的中等以上医学专业学历。  在村医疗卫生机构连续工作20年以上，“工作年限”指截止2016年12月31日乡村医生连续在村医疗卫生机构执业年限。  接收县级卫生行政部门组织的培训并参加考试，取得《云南省乡村医生中专水平考试合格证》。  按照《云南省村级卫生技术人员专业技术职务评聘办法》取得“乡村医生”或者“乡村主治医生”技术职务任职资格。 | | | | | | | |
| 设定依据 | | | 《乡村医生从业管理条例》》（国务院令第386号） | | | | | | | |
| 审批条件 | | | 符合受理条件的予以受理 | | | | | | | |
| 审批数量 | | | 无数量限制，符合条件给予办理 | | | | | | | |
| 申请材料 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 材料名称 | | | 材料说明（要求） | | | 收件类型 | 收件份数 | | 备注 |
| 2 | 乡村医生执业注册申请表 | | | 申请人到窗口领取 | | | 文本原件 | 1份 | |  |
| 3 | 身份证明 | | | 有效居民身份证户口本 | | | 收复印件 | 1份 | |  |
| 4 | 申请人6个月内的体检健康证明 | | |  | | | 收复印件 | 1份 | |  |
| 6 | 申请人相关学历证明、证书； | | |  | | | 收复印件 | 1份 | |  |
| 7 | 二寸免冠正面半身照片两张 | | |  | | | 原件 | 2两张 | |  |
| 9 |  | | |  | | |  |  | |  |
| 10 |  | | |  | | |  |  | |  |
| 11 |  | | |  | | |  |  | |  |
| 12 |  | | |  | | |  |  | |  |
| … |  | | |  | | |  |  | |  |
| 办理流程 | | 乡村医生注册登记程序  1、相对人提出申请报富民县政务服务管理局卫计局窗口；2、卫计局窗口接件后报县卫计局基卫科，3、基卫科初审后报市级行政部门4、市级部门对审批合格的人员给予注册《乡村医生资格证书》。 | | | | | | | | |
| 收费标准和收费依据 | | 不收费 | | | | | | | | |
| 审批时限 | | 15个工作日 | | | 申请接收 | | | 富民县卫生局窗口 | | |
| 结果物名称 | | 乡村医生执业证书 | | | 结果物有效期 | | | 5年 | | |
| 咨询查询 | | 68818221 | | | 投诉渠道 | | | 68818322 | | |
| 材料空表 | | 1《乡村医生执业注册申请表》 | | | | | | | | |
| 材料样张 | | 1《行政许可申请材料接收凭证》2《申请材料补正通知书》3《行政许可申请受理通知书》4《行政许可申请不予受理决定书》5《不予行政许可决定书》另附 | | | | | | | | |
| 结果样本 | | 1《行政许可决定书》2《送达回执》 另附 | | | | | | | | |
| 特别说明 | | 无 | | | | | | | | |

材料空表一：《乡村医生执业注册申请表》

**乡村医生执业注册申请表**

**姓 名：**

**执　业　地　点：**

**乡　村　医　生**

**执业证书编码:**

**填　表　时　间: 　 年 　 月 　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | 性 别 | | | |  | | | | | |  | |
| 出生年月 | | | |  | | 民 族 | | | |  | | | | | |
| 文化程度 | | | |  | | 家庭电话 | | | |  | | | | | |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 个　人　工　作　经　历 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 时　　间 | | | 单　　　位 | | | | | | | | | | | | 证　明　人 | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
| 申请执业地  的村医疗卫  生机构名称 | | |  | | | | | 联系电话 | | | | | | |  | | |
| 村医疗卫生  机构地址 | | |  | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | | |
| 是否取得县级以上卫生行政部门颁发的乡村医生证书 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 证书名称 | | | | |  | | | | | | 发证机关 | | | |  | | |
| 取得证书时间 | | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 是否取得国民教育序列中等以上医学专业学历 | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 专业学历水平 | | | | |  | | | | 毕业学校 | | |  | | | | | |
| 取得学历时间 | | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 开始从事乡村医生工作的时间 | | | | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | |
| 期间是否离开过乡村医生工作岗位 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 离开乡村医生岗位的起至时间 | | | | | | | 年　　月至　　年　　月，或累计　年 | | | | | | | | | | |
| 离开乡村医生岗位期间所从事的职业 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 是否已取得省级卫生行政部门认定的乡村医生培训合格证书 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 证书名称 | |  | | | | | 发证机关 | | | | | | |  | | | |
| 取得证书时间 | | 年　　　月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否参加省卫生厅组织的乡村医生执业注册资格培训 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 培训地点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否取得省卫生厅验印的《乡村医生执业注册资格培训合格证》 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其它需要说明的问题： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 村医疗卫生机构意见 | 村医疗卫生机构执业登记号：  （印章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 拟聘用  单位意见 | （印章）  负责人签名： 　　　年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 卫生行政  部门审批  意　　见 | 经审查，按照 第　　　条  规定，　　　　　　　乡村医生执业注册。  （印章）  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 执业证书  编　　码 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 执业证书  有效期 | 自　　年　　月至　　年　　月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备　　注 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**填 表 说 明**

1、本表仅供乡村医生申请执业注册使用。

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、封面、表1—2由申请人填写，表3由有关部门填写，封面的乡村医生执业证书编码由注册主管部门填写。

4、表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5、“相片”一律用近期二寸彩色免冠正面半身照。

6、如填写内容较多，可另加附页。

**材料样张附件:一**《行政许可申请材料接收凭证》

**行政许可申请材料接收凭证**

编号：

**：**

本机关现已收到你（单位）提交的申请 行政许可的下列材料：

以上申请材料如不齐全或者不符合法定形式，本机关将在五个工作日内予以告知。

卫生行政机关 (盖章)

年 月 日

当事人 (签字)

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件:二**《申请材料补正通知书》

**申请材料补正通知书**

卫 字[ ]第 号

**：**

经审查，你（单位）所提交的关于 的申请材料 （1、不齐全；2、不符合法定形式），请补正以下材料：

特此通知。

卫生行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件:三**《行政许可申请受理通知书》

**行政许可申请受理通知书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）提出的关于 行政许可申请，本机关根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第（五）项的规定，决定予以受理。

根据有关规定，该行政许可需要

（1、招标；2、拍卖；3、检验；4、检测；5、检疫；6、鉴定；7、专家评审）期限 个工作日。

特此告知。

卫生行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件四:**《行政许可申请不予受理决定书》

**行政许可申请不予受理决定书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）于 年 月 日提出的关于 行政许可申请，不符合法定的受理条件，本机关决定不予受理。具体理由如下：

如不服本决定的，可自收到本决定书之日起60日内申请行政复议，或在三个月内向人民法院提起行政诉讼。

卫生行政机关 （盖章）年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件五:**《不予行政许可决定书》

**不予行政许可决定书**

卫 许 字[ ]第 号

**：**

你（单位）于 年 月 日提出的关于 许可申请，本机关已于 年 月 日受理，现已审查完毕。本机关认为，该项申请不符合法定条件、标准，本机关决定不予行政许可。

理由：

如不服本决定的，可自收到本决定书之日起60日内申请行政复议，或在三个月内向人民法院提起行政诉讼。

卫生行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**结果样本附件一:**《行政许可决定书》

**行政许可决定书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）于年月日提出的关于卫生许行政许可申请，本机关已于 年月日受理，现已审查完毕。本机关认为，该项申请符合法定条件、标准，本机关决定行政许可。

行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**结果样本附件二:**《送达回执》

**行政许可决定送达回执**

**许可机关：**

**许可事项名称：**

**许可文件编号：**

**被许可人：**

**送达方式：**

**送达地点：**

**送 达 人：**

**送达日期：**

**收件人姓名：**

**收件人证件名称及号码：（身份证）**

**收件日期：**

行政机关 （盖章）

当事人 (签收)：

**年 月 日**  年 月 日

**注：送达方式指直接送达、邮寄送达、委托送达、公告送达、当场交付。**