**执业医师多机构备案受理指南**

|  |  |
| --- | --- |
| 受理事项 | 医师/执业助理医师执业注册（电子化注册） |
| 受理机构 | 新疆维吾尔自治区医疗卫生服务管理指导中心 |
| 负责人 | 姓名：陆洁联系电话：0991－3639160 |
| 承办人 | 姓名：艾尼法联系电话：0991－3650838 |
| 法律依据 | 1.《中华人民共和国执业医师法》；2.《医师执业注册管理办法》。 |
| 依据种类 | 法律√；行政法规□；部门规章√；地方性法规□；政府规章□；规范性文件□。 |
| 办理条件 | 1.申请人取得《医师资格证书》；2.医疗机构安装《医师电子化执业注册信息系统（机构版）》并取得卫生计生行政部门授权；3.申请人在《医师电子化执业注册信息系统（医师版）》注册账号并激活 |
| 办事流程 | 1.帐号已激活的医师通过《医师电子化执业注册信息系统（医师版）》向辖区内拟执业医疗、预防、保健机构提出申请并提交纸质申请材料，机构对申请材料核实同意后打印申请表格并签署意见和盖章，同时通过《医师电子化执业注册信息系统（机构版）》向新疆维吾尔自治区医疗卫生服务指导管理中心提出业务申请；2.机构将书面申请材料提交至新疆维吾尔自治区医疗卫生服务指导管理中心，由新疆维吾尔自治区医疗卫生服务指导管理中心进行初审。经过初审资料符合相关法律、法规要求的予以受理并出具书面通知；资料不符合相关法律、法规要求的不予受理并出具书面通知；资料符合法律、法规要求但不齐全，一次性书面告知需要补充的资料；3.已经受理的资料由新疆维吾尔自治区医疗卫生服务管理指导中心进行审查；符合国家相关规定，由新疆维吾尔自治区医疗卫生服务指导管理中心出具审核意见上报新疆维吾尔自治区卫生和计划生育委员会审批；不符合国家相关规定的，不予办理并书面告知原因；4.新疆维吾尔自治区卫生和计划生育委员会审批同意后，医疗机构在接受日后的第三个星期电话咨询并领取《医师执业证书》。 |
| 申请材料 | **申请医师/执业助理医师多机构备案应提供下列资料：**1.《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》一份（系统自动生成；拟执业机构须签署意见并加盖与《医疗机构执业许可证》名称一致的公章）；2.有效身份证复印件一份（核实原件保留复印件）；3.如同一医疗机构申报人数超过3人者，按集体办理对待，必须提供人员名单汇总表（附件1）。注：申请材料应用A4纸打印（图纸除外），逐页加盖公章，按次序装订；提交的材料为复印件的，均应在复印件上写明“系原件复印”，并加盖与“医疗机构执业许可证”名称一致的公章或由法定代表人（负责人）签字盖章。申报材料的各项内容真实、完整、清楚，不得涂改。非执业医师/执业助理医师本人前来办理的，办事人员应提供单位介绍信或委托书（包含受托人姓名、身份证号、联系电话、办理事项等内容，委托人签字盖章）及办事人员身份证复印件一份。 |
| 办事时限 | 法定期限：30日 |
| 审核事项有无数量限制 | 无√有□ |
| 是否需要到其他机关办理相关许可事宜 | 否√是□ 相关机关的名称： |
| 收费 | 行政许可不收取费用，其他费用依据自治区财政厅、发改委、卫生和计划生育委员会相关规定收取。 |
| 办事纪律 | 1.明确科室第一责任人职责，坚持公开、公正、透明的原则，做到办事程序公开，自觉接受企业和社会的监督；2.严格按政策把关，热情接待管理相对人，耐心细致解释有关的问题，积极为管理相对人提供良好的服务；3.新疆维吾尔自治区医疗卫生服务管理指导中心首问负责制；4.新疆维吾尔自治区医疗卫生服务管理指导中心审批办理程序。 |
| 监督机制 | 内部监督：1.承办科室领导监督；2.中心领导监督；3.新疆维吾尔自治区卫生和计划生育委员会政策法规处监督。外部监督：1.自治区人民政府监督； 2.人民法院监督；3.社会监督；4.自治区卫生和计划生育委员会驻委纪检组、监察室。 |
| 申诉方式 | 1.向自治区人民政府提请复议；2.向人民法院提起诉讼。 |
| 监督电话 | 新疆维吾尔自治区卫生和计划生育委员会政策法规处：0991-8560891新疆维吾尔自治区卫生和计划生育委员会驻委纪检组、监察室：0991-8560286 |

申报示范文本：

附件1执业医师多机构备案人员一览表

附件1

**执业医师多机构备案人员一览表**

**医疗机构名称： （盖医院公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 省份 | 姓名 | 身份证号 | 医师资格证书编码 | 医师执业证书编码 | 执业级别 | 执业类别 | 主要执业机构 | 其他执业机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |