

# 深圳市医师注册材料清单

## (请在至**医务处**报到前准备好)

请确认办理流程：

1. **首次注册**：有“医师资格证”（红色的），无“医师执业证”（绿色的）；
  2. **注册变更**：有“医师执业证”且执业状态为有效；
  3. **多点执业备案**：有主执业机构，在我院多点执业。
- 如无法确认，可咨询医务科郭文洁老师

### 一、首次注册

1、《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》，该申请表需在**网上申请**。

方式：直接网页登陆电子化注册系统 (<http://gd.cndocsys.cn/>) 或微信搜索“民科微服务”绑定、注册并登录，进入个人系统后，进行业务申请。

进入系统-菜单-业务申请-选择业务（注册）-填写并提交表单

申请提交后，将在**报到时**由医务处老师审核并打印，再由**个人签字**。

拟执业机构单位联系电话：0755-81207279，林老师

- 2、近期**二寸**免冠正面半身白底彩色照片 4 张；
- 3、《医师资格证书》（复印件 1 份，验原件）；
- 4、申请人身份证明(身份证或户口本，复印件 1 份，验原件)；
- 5、深圳市医疗、预防、保健机构的拟聘用证明（见附件）材料
- 6、取得执业医师资格或执业助理医师资格后**2年内未注册或中止医师执业活动二年以上者**，申请注册时，应经广东省级以上卫生计生行政部门指定的机构(二级以上综合性医院或拟申请执业范围相适应的二级以上专科医院 6 个月的培训，并提交经考核合格的证明(原件 1 份) (或者提交规培结业证明)；
- 7、执业助理医师取得执业医师资格后，继续在医疗、预防保健机构中执业的，申请执业医师注册时，申请人除提交上述 1-6 项材料外，还应提交原执业助理医师的《医师执业证书》(原件 1 份)。

注：需要我院盖章的部分由医务处统一盖章，无需医师个人操作。

## 二、注册变更

1、《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》，该申请表需在网上申请。

方式：直接网页登陆电子化注册系统 (<http://gd.cndocsys.cn/>) 或微信搜索“民科微服务”绑定、注册并登录，进入个人系统后，进行业务申请。拟执业机构单位联系电话：0755-81207279，林老师。

进入系统-菜单-业务申请-选择业务（变更）-填写并提交表单  
申请提交后，将在报到时由医务处老师审核并打印，再由个人签字。

- 2、近期二寸免冠正面半身白底彩色照片4张；
- 3、《医师资格证书》（复印件1份，验原件）；
- 4、《医师执业证书》（原件）；
- 5、申请人身份证明（身份证或户口本，复印件1份，验原件）；
- 6、深圳市医疗、预防、保健机构的拟聘用证明（见附件）（复印件1份，验原件）；变更执业地点的，请在拟聘用证明上写清楚自己的执业范围。
- 7、变更执业范围的，还应提交与拟变更的执业范围相应的高一层次毕业学历（2年内有效），或在省级以上卫生行政部门指定的业务培训机构，接受同一类别其他专业的系统培训两年或者专业进修满两年或系统培训和专业进修合计满两年，并持有省级以上卫生行政部门指定的业务考核机构出具的考核合格证明；跨类别变更专业的，还必须取得相应类别的医师资格（复印件1份；验原件）。
- 8、规培结束人员还需提供规培合格证明原件及复印件1份、规培成绩单截图复印件1份。

注：需要我院盖章部分由医务处统一盖章，无需医师个人操作。

### 三、多点执业备案

#### 前置条件：

深圳市外来我院多点执业的，需具有中级及以上职称，从事同一专业工作满5年；深圳市内的无要求。

#### 一、网上申请

《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》，该申请表需在网上申请。

方式：直接网页登陆电子化注册系统 (<http://gd.cndocsys.cn/>) 或微信搜索“民科微服务”绑定、注册并登录，进入个人系统后，进行业务申请。

进入系统-菜单-业务申请-选择业务（注册）-填写并提交表单

网申信息温馨提示：

- (1) 拟执业机构名称：中山大学附属第七医院（深圳）
- (2) 多点有效期起止时间：合同签订时间；
- (3) 多点执业单位联系电话：0755-81207279，林老师。申请提交后，将在由医务处审核并打印。

#### 二、其他材料

- 1、《医师资格证书》（复印件1份，验原件）；
- 2、医师执业证书（复印件1份）
- 3、申请人身份证明(身份证或户口本，复印件1份，验原件)；
- 4、专业技术职称证（复印件1份）
- 1.近期二寸免冠正面半身白底彩色照片3张（请交至512）；

#### 注意事项：

- 1、网络申请时，其中“拟增加执业地点的执业时段”，请按照人事合同签订时间段填写；
- 2、多点执业备案会在第一执业地点变更后自动失效，如有变更，请及时告知医务处。

**附：深圳市医疗、预防、保健机构医师拟聘用证明**

姓名		性别		出生年月		近期二寸免冠正 面半身彩色照片
毕业学校				毕业年月		
医学学历			所学系、专业			
住所地址				邮政编码		
联系电话			移动电话			
医师资格证 书编码	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>医师级别</b> (执业医师、执业助理医师)				<b>医师类别</b> (临床、中医、 口腔、公共卫生)		
拟聘用单位名称	中山大学附属第七 医院(深圳)			执业范围	请写明执业范围,参 考国家文件	
拟聘用单位地址	深圳市光明新区圳园路 628 号					
任 职 经 历	首次注册者可填写规培经历					
聘 用 单 位 意 见	负责人签名：                              (公章) 年    月    日					
备 注						