附件1：

乡村医生执业注册申请书

肃南县卫计委

我（单位）现向贵委申请 《乡村医生执业证书》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：

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 | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
| 申请职业地  的村医疗卫  生机构名称 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 村医疗卫生  机构名称 | |  | | 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止时间 | | | | | 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职业资格注册培训 | | | | | |  | | | | | | | |
| 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》 | | | | | |  | | | | | | | |
| 其他需要说明的问题： | | | | | | | | | | | | | |
| 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”一律用近期二寸免冠正面半身照。
6. 如填写内容较多，可另加附页。

附件3：

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4：

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5：

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6：

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7：

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8：

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9：

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

乡村医生执业证书（样本）



附录B

**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_322452.html> | 相关表格下载的网址：  <http://zysn.gszwfw.gov.cn/art/2018/7/2/art_183312_322452.html> |  |