

以此件为准

广东省卫生健康委员会文件

粤卫〔2020〕8号

广东省卫生健康委关于印发广东省乡村医生 注册管理暂行办法的通知

各地级以上市人民政府，省政府各部门、各直属机构：

《广东省乡村医生注册管理暂行办法》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。



广东省乡村医生注册管理试行办法

第一条 为规范乡村医生执业注册，加强对乡村医生队伍管理，根据《中华人民共和国乡村医生从业管理条例》和《国家卫生健康委关于允许医学专业高校毕业生免试申请乡村医生执业注册的意见》（国卫基层发〔2020〕11号），制定本办法。

第二条 乡村医生执业须经注册取得《乡村医生执业证书》，并在登记注册的村医疗卫生机构从事相应的农村预防、保健、一般医疗服务活动。未经注册取得《乡村医生执业证书》者，不得从事医疗、预防、保健活动。

第三条 省人民政府卫生健康行政主管部门负责全省乡村医生执业注册的监督管理工作。

县级人民政府卫生健康行政主管部门负责本行政区域内乡村医生的执业注册和监督管理工作，并对乡村医生执业期间的行医规范、职业道德进行检查、监督、考核。

第四条 具有中等医学专业学历的人员，经县级卫生健康行政部门组织的综合理论、技能考试，成绩均合格的，可申领《乡村医生执业证书》。

允许全日制大专以上学历的临床医学、中医学类、中西医结合类等相关专业应届毕业生（含尚在择业期内未落实工作单位的毕业生）可免试申领《乡村医生执业证书》。

第五条 乡村医生有下列情形之一的，不予注册：

（一）不具有完全民事行为能力的；

（二）受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请执业注册之日止不满 2 年的；

（三）受吊销《乡村医生执业证书》行政处罚，自处罚决定之日起至申请执业注册之日止不满 2 年的；

（四）由国务院卫生健康部门规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。

第六条 符合本办法规定申请在村医疗卫生机构执业的人员，应当持村医疗卫生机构出具的拟聘用证明和相关学历证明、证书，向村医疗卫生机构所在地的县级人民政府卫生健康行政主管部门申请执业注册。

县级人民政府卫生健康行政主管部门应当自受理申请之日起 15 日内完成审核工作，对符合本办法规定条件，具备执业注册要求的，准予执业注册，发给由省人民政府卫生健康行政主管部门印制的《乡村医生执业证书》；对不符合本办法规定条件的，不予注册，并书面说明理由。

第七条 《乡村医生执业证书》有效期为 5 年。《乡村医生执业证书》有效期满需要继续执业的，应当在有效期满前 3 个月内申请再注册。未经再注册，不得执业。

县级人民政府卫生健康行政主管部门应当自受理申请之日起 15 日内进行审核，对符合省人民政府卫生健康行政主管部门规定条件的，准予再注册，换发《乡村医生执业证书》；对不符合条件

的，不予再注册，由发证部门收回原《乡村医生执业证书》。

第八条 乡村医生再注册必须具备下列条件：

- （一）行医规范、职业道德考核合格；
- （二）完成年度培训，考试合格。

第九条 《乡村医生执业证书》不得出借、出租、抵押、转让、涂改和毁损。

如发生损坏，持证人应当及时将损坏的《乡村医生执业证书》交回原发证部门，并办理换领。

第十条 乡村医生有下列情形之一的，由原注册的卫生健康行政主管部门注销执业注册，收回《乡村医生执业证书》：

- （一）死亡或者被宣告失踪的；
- （二）受刑事处罚的；
- （三）中止执业活动满 2 年的；
- （四）考核不合格，逾期未提出再次考核申请或者经再次考核仍不合格的。

第十一条 乡村医生应当在聘用其执业的村医疗卫生机构执业；需要变更执业的村医疗卫生机构的，应当依照本办法第八条规定的程序办理变更注册手续。

第十二条 县级人民政府卫生健康行政主管部门应当将准予执业注册、再注册、变更注册和注销注册的人员名单在办妥手续后 15 天内向其执业的村医疗卫生机构所在地的村民公告，并报上级卫生健康行政主管部门备案。

第十三条 县级人民政府卫生健康行政主管部门办理乡村医生执业注册、再注册、变更注册、注销注册，应当依据法定权限、条件和程序，遵循依法、廉政、便民原则，提高办事效率，并建立统计制度和档案管理制度，及时汇总有关资料。

村民和乡村医生发现违法办理乡村医生执业注册、再注册、变更注册、注销注册的，可向有关人民政府卫生健康行政主管部门反映；有关人民政府卫生健康行政主管部门对反映的情况应当及时核实，调查处理，并将调查处理结果予以公布。

上级人民政府卫生健康行政主管部门应当加强对下级人民政府卫生健康行政主管部门办理乡村医生执业注册、再注册、变更注册、注销注册的监督检查，及时纠正违法行为。

第十四条 当事人对执业注册、再注册、变更注册、被注销注册有异议的，可依法申请行政复议或向人民法院提起诉讼。

第十五条 本省《乡村医生执业证书》统一由广东省卫生健康委印制。

第十六条 本办法自颁布之日起施行。2005年6月14日印发的《广东省卫生厅乡村医生注册管理试行办法》同时废止。

- 附件：
1. 乡村医生执业注册申请审核表
 2. 乡村医生再注册执业申请审核表
 3. 乡村医生变更执业注册申请审核表

附件 1

乡村医生执业注册申请审核表

姓 名：_____

乡村医生资格证书编码：_____

乡村医生执业证书编码：_____

填表时间： 年 月 日

广东省卫生健康委监制

填 表 说 明

1. 本表供取得《乡村医生资格证书》后申请乡村医生执业注册使用。
2. 一律用钢笔填写，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—4 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. 学历应填写最高学历。
6. “相片”一律用近期二寸免冠正面半身彩色照片。
7. 如填写内容较多，可另加附页。
8. 执业范围按《乡村医生执业注册中执业范围规定》填写。

姓 名		性 别		近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片
出生年月		民 族		
学 历		所学系、专业		
家庭地址及 邮政编码				
专业技术职务 任职资格				
身份证号码				
申请执业机构 名称及登记号				
申请执业机构 地址		邮政 编码		
申请执业类别				
获得乡村医生 资格的时间				
从事乡村医生 开始的时间				
何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分				

个 人 工 作 经 历			
时 间	单 位	技术职务	证明人
身体和 健康状况			
业务水平 考核机构 或组织的 名称和培 训时间及 考核结果			
其他要说 明的问题 及申请的 执业范围			
	申请人签字： 年 月 日		

村委意见	印 章 负责人: 年 月 日
村医疗卫生 机构上级 主管部门 (乡镇卫生院) 意见	印 章 负责人: 年 月 日

县级 卫生健康行政 部门 审核意见	执业机构及登记号: 机构地址及邮编: 核准的执业范围: 印 章 负责人: 年 月 日
乡村医生注册 执业证书编码	
备 注	

广东省乡村医生执业注册健康体检表

姓 名		性别		出生日期		近期二寸免冠 正面半身彩色 照片（加盖 体检医院公 章）
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□					
工作单位						
出 生 地		民族		婚否		
既往病史						
家 族 史						
眼	裸眼视力	左		右		医师意见：
	矫正视力					
	眼 疾					
	色 觉					签名
耳鼻喉	听 力	左		右		医师意见：
	耳 疾					
	鼻及鼻窦					
	嗅 觉					
	咽					

	喉						签名:
口腔	粘 膜						医师意见:
	牙及牙龈						
	舌						签名:
内科	呼吸	次/分	脉搏	次/分	血压	/ mmHg	医师意见;
	发育及营养						
	神经及精神						
	肺及呼吸道						
	心脏及血管						
	肝、脾、双肾						
	腹部包块						
	其 他						签名:

外科	身 高	厘米	体 重	千克	医师意见:
	皮 肤		淋巴结		
	头、颈		甲状腺		
	脊 柱		四 肢		
	肛 门		生殖器		
	其 他				签名:
辅助检	胸 片				医师签名:
	心电图				医师签名:
	肝功能				检验师签名:

查 结 果	乙肝两对半				检验师签名:
	血常规		血型		检验师签名:
	尿常规				检验师签名:
体 检 结 果	结果: (请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果) ①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病 ④传染病传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残疾 说明: 一、如选择上述结果③, 请继续在下列符合的项目上用“√”表示: 1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病 4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病 7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他_____ 二、如选择上述结果④⑤⑥之一者, 请具体说明: _____ _____ 体检医院盖章 医师签名: 体检日期: 年 月 日 填报日期: 年 月 日				
村 医 疗 卫 生 机 构 意 见	村医疗卫生机构盖章 负责人签名: 填报日期: 年 月 日				

附件 2

乡村医生再注册执业申请审核表

姓 名：_____

乡村医生资格证书编码：_____

乡村医生执业证书编码：_____

填表时间： 年 月 日

广东省卫生健康委监制

填 表 说 明

1. 本表供申请乡村医生执业再注册使用。
2. 一律用钢笔填写，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—4 由有关部门填写。
4. 表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。
5. 学历应填写最高学历。
6. “相片”一律用近期二寸免冠正面半身彩色照片。
7. 如填写内容较多，可另加附页。
8. 执业范围按《乡村医生执业注册中执业范围规定》填写。

姓 名		性 别		近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片
出生年月		民 族		
学 历		所学系、专业		
家庭地址及 邮政编码				
专业技术职务 任职资格				
身份证号码				
原执业机构 名称及登记号				
原执业 机构地址		邮 政 编 码		
获得乡村医生 资格的时间				
从事乡村医生 开始的时间				
何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分				

个 人 工 作 经 历			
时 间	单 位	技术职务	证明人
身体和 健康状况			
业务水平 考核机构 或组织的 名称和培 训时间及 考核结果			
其他要说 明的问题 及申请的 执业范围			
	申请人签字: _____ 年 月 日		

附件 3

乡村医生变更执业注册申请审核表

姓 名：_____

乡村医生资格证书编码：_____

原乡村医生执业证书编码：_____

新乡村医生执业证书编码：_____

填表时间： 年 月 日

广东省卫生健康委监制

填 表 说 明

1. 本表供变更乡村医生执业注册事项使用。
2. 一律用钢笔填写，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 3-5 由有关部门填写，封面的新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. 学历应填写最高学历。
6. “相片”一律用近期二寸免冠正面半身彩色照片。
7. 申请变更执业地点的，申请人需在拟变更执业注册事项中填写拟变更的医疗机构的名称，登记号、地址及邮政编码。
8. 如填写内容较多，可另加附页。
9. 执业范围按乡村医生执业注册中执业范围的规定填写。

姓 名		性 别		近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片
出生年月		民 族		
学 历		所学系、专业		
家庭地址及 邮政编码				
专业技术职务 任职资格				
身份证号码				
原执业机构 名称及登记号				
原执业机构 地址		邮 政 编 码		
变更执业机构 地址		邮 政 编 码		
获得乡村医生 资格的时间				
从事乡村医生 开始的时间				
何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分				

个 人 工 作 经 历			
时 间	单 位	技术职务	证明人
身体和 健康状况			
其他要说 明的问题 及申请的 执业范围			
	申请人签字： 年 月 日		

拟变更 注册事项	
变更注册 理由	申请人签字: 年 月 日
原村委意见	印 章 负责人: 年 月 日
原村医疗卫生机构上级主管部门 (乡镇卫生院) 意见	印 章 负责人; 年 月 日

原注册卫生健康 行政部门 审核意见	印 章 负责人：年 月 日
拟执业村委 意见	印 章 负责人：年 月 日
拟执业机构 上级主管部门 (乡镇卫生院) 意见	印 章 负责人：年 月 日

县级 卫生健康行政 部门的审核意见	执业机构及登记号: 机构地址及邮编: 核准的执业范围: 印 章 负责人: 年 月 日
乡村医生注册 执业证书编码	
备注	

公开方式：主动公开

抄送：各地级以上市卫生健康局（委）。

广东省卫生健康委员会办公室

2020 年 8 月 6 日印发

校对：基层处 刘旭东

（共印 10 份）

