

江西省卫生健康委员会文件

赣卫医字〔2019〕42号

关于做好护士执业注册审批权限 下放工作的通知

各设区市卫生健康委、赣江新区社会事务局，省直医疗卫生单位：

为深入贯彻《国务院关于取消和下放一批行政许可事项的决定》（国卫医发〔2019〕37号）、《国家卫生健康委关于做好下放护士执业注册审批有关工作的通知》（国卫医发〔2019〕37号），全面落实护士执业注册审批权限下放工作，有效保证护士执业注册管理工作有序衔接、平稳过渡，切实保障医疗质量和安全，根据《护士条例》《护士执业注册管理办法》，结合我省实际，现将有关事项通知如下：

一、注册机关

护士执业医疗卫生机构由设区的市级卫生健康行政部门批

准设立的，护士执业注册（含首次注册、延续注册、变更注册、注销注册等，下同）下放至设区的市级卫生健康行政部门；护士执业医疗卫生机构由县级卫生健康行政部门批准设立或备案的，护士执业注册下放至县级卫生健康行政部门；护士执业医疗卫生机构由省卫生健康委批准设立的，护士执业注册仍由省卫生健康委办理。

二、注册对象

符合《医疗机构管理条例》规定，在我省各级各类医疗卫生机构护理岗位从事护理工作的护士。

三、注册程序

（一）首次注册

申请执业注册的护士，应当提交下列材料：

1. 《护士执业注册申请审核表》（附件1）；
2. 身份证（验原件收复印件）；
3. 学历证书（验原件收复印件）；
4. 专业学习中的临床实习证明（验原件收复印件）；
5. 二级以上医疗机构或卫生健康行政部门授权同意的其他合法机构出具的6个月内的健康体检证明；
6. 医疗卫生机构拟聘用从事护理工作的有效证明；
7. 6个月内小2寸白底免冠正面半身照片1张；

护士执业注册申请，应当自通过护士执业资格考试之日起3年内提出；逾期提出申请的，除提交上述材料外，还应当提交

在省内二级以上教学、综合医院接受 3 个月临床护理培训并经考核合格的证明。

(二) 延续注册

护士执业注册有效期为 5 年。护士执业注册有效期届满需要继续执业的，应当在有效期届满前 30 日，向原注册主管部门提交下列材料申请延续注册：

1. 《护士执业注册申请审核表》；
2. 申请人的《护士执业证书》；
3. 二级以上医疗机构或卫生健康行政部门授权同意的其他合法机构出具的 6 个月内的健康体检证明。

(三) 变更注册

护士在其执业注册有效期内变更执业地点，应当向拟执业机构注册主管部门提交下列材料申请办理变更注册：

1. 《护士执业注册申请审核表》；
2. 申请人的《护士执业证书》。

(四) 注销注册

护士执业注册后符合《护士执业注册管理办法》第十八条规定情形者的，护士个人或者其所在的医疗卫生机构，应当报告注册主管部门，申请办理注销注册，并提交以下材料：

1. 《护士执业证书》注销注册申请表（附件 2）；
2. 申请人的《护士执业证书》。

(五) 重新注册

护士有《护士执业注册管理办法》第十五条规定情形者的，拟在医疗卫生机构执业时，应当重新申请执业注册。

护士申请重新注册的，除按照首次注册要求提交材料外，中断护理执业活动超过3年的，还应当提交省内二级以上教学、综合医院接受3个月临床护理培训并经考核合格的证明。

(六)《护士执业证书》补发

护士不慎遗失或损坏2008年5月12日后换发或执业注册的新版《护士执业证书》，应当提交下列材料向原发证机关申请办理补发：

1. 《护士执业证书》补发申请表（附件3）；
2. 6个月内小2寸白底免冠正面半身照片2张；
3. 身份证（验原件收复印件）。

损坏的《护士执业证书》应当交回作废。

(七) 护士执业注册信息修改

护士取得《护士执业证书》后，个人信息发生变化或注册信息有误时，应当提交下列材料向原发证机关申请执业注册信息修改。（前提是护士资格信息准确无误，如护士资格信息有误，应当向护士资格考试主管部门申请修改资格信息）

1. 《护士执业证书》信息修改申请表（附件4）；
2. 申请人的《护士执业证书》；
3. 身份证（验原件收复印件）；
4. 6个月内小2寸白底免冠正面半身照片2张；

5. 属于个人信息发生变化的，申请人提供户籍所在地县级以上公安部门出具的证明材料；属于录入错误的，执业注册所在地卫生健康行政部门出具证明材料。

四、注册时限

护士执业注册时限压缩至 12 个工作日。

五、有关要求

（一）统一思想认识。下放护士执业注册审批是贯彻落实“放管服”改革的重要举措，是加强护士执业管理、不断优化服务的具体体现，也是方便群众办事，增强群众获得感的务实之举。各级卫生健康行政部门要充分认识到做好下放护士执业注册审批工作的重要意义，积极贯彻落实上级主管部门的决策部署，切实做好下放护士执业注册审批权限和加强事中事后监管相关工作。

（二）优化办事服务。各级卫生健康行政部门要根据本通知要求，按照护士执业注册管理有关规定，结合实际尽快修订完善本地区护士执业注册管理规定。要按照要求进一步简化审批环节、优化办事流程，要借助信息化手段促进规范化、便捷化，努力实现“一次不跑”或“最多跑一次”。要按照要求抓紧研究制定更新全省统一的审批服务指南和办事流程，实现审批服务无差别办理。要全面开展护士电子化注册管理，同时要积极探索由电子化注册“线上+线下”办理模式向“一网通办、全程网办”模式转变。鼓励开展“一站式”审批服务，实现“一

窗”分类办理，方便群众办事。

（三）强化执业监管。各级卫生健康行政部门要按照属地化管理原则，根据“谁审批、谁监管，谁主管、谁监管”原则，切实履行监管职责。要学习借鉴先进经验做法，进一步创新监管方式，提高事中事后监管的针对性、有效性，切实把该管的事情管好、管到位。要通过实施护士执业动态追踪管理，实现护士执业注册在线全程监管。要全面整合各类信用监管平台，完善护士执业信用监管机制，着力提升监管效能。要主动公开政务信息，接受社会公众监督，共同维护良好的行业秩序和社会秩序。

（四）加强宣传贯彻。各级卫生健康行政部门和医疗卫生机构要加大护士执业管理有关政策的宣传解读和贯彻落实力度，加强对广大护士的培训教育，积极引导护士依法依规执业。各地各单位应按照文件规定，结合本地实际，进一步完善护士执业注册管理制度，切实做好下放事项承接以及业务人员培训等工作，确保工作无缝对接。

本通知自印发之日起执行。以往文件规定与本通知不一致的，以本通知为准。

联系人：周济、王卓；联系电话：0791—86250735、86251821

附件：1. 护士执业注册申请审核表

2. 《护士执业证书》注销注册申请表

3. 《护士执业证书》补发申请表
4. 《护士执业证书》信息修改申请表



附件 1

护士执业注册申请审核表

姓 名：

执业证书编码：

填表时间： 年 月 日

国家卫生健康委员会监制

填 表 说 明

1. 本表仅供申请护士执业注册使用。
2. 用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。
3. 表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。
4. 学历应当填写护理或者助产专业最高学历。
5. 健康状况填写良好、一般或者有慢性病。
6. 工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。
7. 技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。
8. 首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。
9. 首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需执业机构填写意见。
。
10. 使用的照片为近期小二寸免冠正面半身照。

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------|-------|------|
| 姓 名 | | 性 别 | | (照片) |
| 出生日期 | | 民 族 | | |
| 国 籍 | | 健康状况 | | |
| 通过护士执业 考试时间 | | 是否首次注册 | 口是 口否 | |
| 证件类型 | | 证件号码 | | |
| 毕业时间 | | 毕业学校 | | |
| 专 业 | | 学 制 | | |
| 学 历 | | 学 位 | | |
| 参加工作时间 | | 手机号码 | | |
| 现执业机构 | | | 工作电话 | |
| 单位登记号 | | | 邮政编码 | |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） | | | |
| 现工作科室 | | | 技术职称 | |
| 现工作类别 | | | 职 务 | |
| 拟执业机构 | | | 工作电话 | |
| 单位登记号 | | | 邮政编码 | |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） | | | |
| 拟工作科室 | | | 技术职称 | |
| 拟工作类别 | | | 职 务 | |
| 何时何地因何 种原因受过何 种奖励或表彰 | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|---|------|-------|--------------|
| 何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分 | | | | |
| 其他要说明的 问题 | | | | |
| 个人学习经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 学校名称 | 专业 | 学历/学位 |
| | | | | |
| 个人工作经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 工作单位 | 职务 | 职称 |
| | | | | |
| 申请人签字： | | | 年 月 日 | |
| （拟）执业机构意见 | 意见： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 | | | |
| | 负责人签字： | | | 印 章 年 月 日 |

意见： 准予注册

护士执业证书编号：

准予变更注册

准予延续注册

不准予注册

附件 2

《护士执业证书》注销注册申请表

| | | | | | |
|---|--|------|------------|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 身份证号 | |
| 民族 | | 申请时间 | | 联系电话 | |
| 工作单位 | | | | | |
| 护士执业证书编号 | | | | | |
| 护士执业证书注册日期 | | | | | |
| 注销 注册 原因 | 注册有效期届满未延续注册 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 受吊销《护士执业证书》处罚 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 护士死亡或者丧失民事行为能力 <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 执业机构法定代表人(负责人)签名: _____ 公 章 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 注册 机关 意见 | 负责人: _____ | | | | |
| | 公 章 | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 记录 | 注销注册时间: _____ | | 经办人: _____ | | |

附件 3

《护士执业证书》补发申请表

| | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----|--|------|--|----|
| 姓名 | | 性别 | | 身份证号 | | 照片 |
| 民族 | | 学历 | | 遗失时间 | | |
| 毕业学校 | | | | | | |
| 工作单位 | | | | | | |
| 护士执业证书编号 及注册日期 | | | | | | |
| 遗失声明刊登报刊名称 及日期 | | | | | | |
| 申请补发证书原因 | | | | | | |
| 执业机构 意见 | 负责人: _____ 公 章 年 月 日 | | | | | |
| 县级卫生 健康行政 部门意见 | 负责人: _____ 公 章 年 月 日 | | | | | |
| 发证机关 意见 | 负责人: _____ 公 章 年 月 日 | | | | | |
| 记录 | 补发时间: | | | 经办人: | | |

附件 4

《护士执业证书》信息修改申请表

| | | | | | | |
|----------------------------------|---|----|--|------|------|---------------------------|
| 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | | 照片 |
| 工作单位 | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | |
| 执业证书编号 | | | | | | |
| 申请修改信息 内容 | | | | | | 申请人签字: 年 月 日 |
| 县级 卫生 健康 行政 部门 意见 | 负责人: 公 章 年 月 日 | | | | | |
| 发证 机关 审核 意见 | 负责人: 公 章 年 月 日 | | | | | |
| 记录 | 信息修改时间: | | | | 经办人: | |

