

附件 1

乡村医生执业注册登记表

市		县(市、区)		编号:		年		类		号	
姓 名		性 别		近期二寸 免冠正面 半身彩色照片							
出生日期		民 族									
身份证号											
全日制 毕业学校											
毕业证书编号											
毕业时间		政治面貌		学 历							
拟执业地点	市 县(市、区)		乡镇(街道)		村卫生室						
联系方式			家庭地址								
学习经历											
起止年月	院校系专业				毕(结、肄)业	证明人					
年 月- 年 月	县 镇 高级中学				毕业						
	学校 专业 全日制专科				毕业						
	大学 专业成人教育(函授、电大、自考)本科										
工作简历											
起止年月	何年何月任何职				证明人						
年 月- 年 月	单位 科 任医师										

奖励及处分情况:	
其他需要说明的问题:	
本人确认以上信息无误, 现申请乡村医生执业注册。 <p style="text-align: center;">申请人(签名): _____ 年 月 日</p>	
拟工作村卫生室意见	<p style="text-align: center;">同意 (公章)</p> <p>负责人(签名): _____ 年 月 日</p>
拟执业地 乡镇卫生院意见	<p style="text-align: center;">同意 (公章)</p> <p>负责人(签名): _____ 年 月 日</p>
县级卫生计生 行政部门 审批意见	<p>程序及条件合格, 同意招用 (公章)</p> <p>审核人(签名): _____ 年 月 日</p>
市级卫生计生 行政部门 审批意见	<p style="text-align: center;">同意 (公章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
乡村医生 执业证书编号	<input type="checkbox"/>
备 注	

填 表 说 明

1、申请注册登记的应保证填写项目的真实性，若有伪造或谎报招用资格的，一旦查实，取消招用资格并移交司法行政部门处理。

2、编号编码规则：“年”为招用年份；“类”为新进乡村医生类型，分别为乡村全科助理医师—全科，执业助理医师或执业医师—执业，全日制大专以上学历医学毕业生—新进；“号”为自然排序。

3、表格内各项目填写不允许空项，如无此项内容，填“无”。

4、学习经历：填写含高中以来的个人经历。

5、此表需填写的内容可手写也可打印，但包括各级负责人及审核人在内的所有“签名”必须为本人填写，不可代签。

6、执业证书编号按照山东省乡村医生执业证书编码办法（2017年版）编写。

7、此表一式2份，签字盖章后逐级上报，市县两级卫生计生行政部门留档备查。

附件 2

山东省乡村医生执业证书编码办法 (2017 版)

为加强乡村医生执业注册管理，规范乡村医生执业活动，保护乡村医生的合法权益，根据《乡村医生从业管理条例》和《山东省乡村医生执业注册管理办法（暂行）》的有关规定，我省乡村医生执业证书由山东省卫生计生委统一印制并发放，实行全省统一编码，编码办法如下：

我省乡村医生执业证书编号为 16 位数，（如 3709211700410001），前两位数为山东省区划代码（37），第三、四两位数为设区的市区划代码，第五、六两位数为县（市、区）区划代码，第七位数为乡村医生的性别（男 1，女 2），第八、九两位数为相应乡村医生出生年份（如 1970 年出生者，填 70），第十、十一位数为乡村医生执业证书首次发放年份（如 2004 年发证者，填 04），第十二位数为参加考试的形式，1 为县级考核，2 为市级考试，3 为省级考试，4 为 2017 年以后新进入的乡村医生。后四位为乡村医生的自然编码（从 0001 开始）。

附件 3

市 县（市、区）乡村医生执业注册汇总备案表

上报时间： 年 月 日

序号	姓名	性别	身份证号码	毕业院校	学历	专业	毕业证书 编 码	注册机构	执业证书 号码	备注

备注：需每人注明各自进入乡村医生类型（全科、执业、新进）