**换发《医师执业证书》指南**

|  |  |
| --- | --- |
| 受理事项 | 权限内换发《医师执业证书》 |
| 受理机构 | 新疆维吾尔自治区政务服务大厅 |
| 负责人 | 姓名：张晓明 联系电话：0991－8555079 |
| 承办人 | 姓名：艾尼法 联系电话：0991－8555079 |
| 办事依据 | 1.《中华人民共和国执业医师法》；  2.《医师执业注册管理办法》。 |
| 依据种类 | 法律√；行政法规□；部门规章√；  地方性法规□；政府规章□；规范性文件□。 |
| 需提交的相关文书材料目录 | **申请人应提供下列资料：**  1.承诺书1份（附件1）；  2.换发《医师执业证书》申请表1份（附件2）；  3.本人身份证复印件（核原件留复印件）1份;  4.原《医师执业证书》原件及复印件1份;  5.近6个月2寸白底免冠正面半身照片1张。  注：申请材料应用A4纸打印（图纸除外），逐页加盖公章，按次序装订；提交的材料为复印件的，均应在复印件上写明“系原件复印”，并加盖与“医疗机构执业许可证”名称一致的公章或由法定代表人（负责人）签字盖章。申报材料的各项内容真实、完整、清楚，不得涂改。 |
| 办事条件 | 执业地点注册在新疆维吾尔自治区卫生健康委员会发证的医疗机构的人员《医师执业证书》信息与个人基本信息不符的。 |
| 办事程序 | 1. 申请人可登录新疆维吾尔自治区医疗卫生服务管理指导中心网站（http://www.xjygzx.com/）下载相关资料;  2. 材料齐全后由申请人提交至所在医疗机构初审，初审合格的材料由医疗机构上报至新疆维吾尔自治区政务服务大厅，新疆维吾尔自治区政务服务大厅不接受医师个人上报材料;  3．新疆维吾尔自治区政务服务大厅复审资料，符合相关法律、法规要求的予以受理并出具书面通知；资料不符合相关法律、法规要求的不予受理并出具书面通知；资料符合法律、法规要求但不齐全，一次性书面告知需要补充的资料；  4. 已经受理的资料由新疆维吾尔自治区政务服务大厅进行审查；符合国家相关规定，由新疆维吾尔自治区政务服务大厅出具审核意见上报新疆维吾尔自治区卫生健康委员会审批；不符合国家相关规定的，不予补办医师执业证书并书面告知原因；  5. 新疆维吾尔自治区卫生健康委员会审批同意后，医疗机构于接受日后的第三个星期电话咨询并领取《医师执业证书》。 |
| 办事时限 | 法定期限√ 20日  自定期限□ |
| 审核事项有无数量限制 | 无√  有□ |
| 是否需要到其他机关办理相关许可事宜 | 否√  是□ 相关机关的名称： |
| 收 费 | 行政许可不收取费用，其他费用依据自治区财政厅、发改委、卫生健康委员会相关规定收取。 |
| 办事纪律 | 1.明确科室第一责任人职责，坚持公开、公正、透明的原则，做到办事程序公开，自觉接受企业和社会的监督；  2.严格按政策把关，热情接待管理相对人，耐心细致解释有关的问题，积极为管理相对人提供良好的服务；  3.新疆维吾尔自治区政务服务大厅首问负责制；  4.新疆维吾尔自治区政务服务大厅审核办理程序。 |
| 监督机制 | 内部监督：1.承办科室领导监督；2.中心领导监督；3.新疆维吾尔自治区卫生健康委员会政策法规和体制改革处监督。  外部监督：1.自治区人民政府监督；2.人民法院监督； 3.社会监督；4.自治区卫生健康委员会驻委纪检组、监察室监督。 |
| 申诉方式 | 1.向自治区人民政府提请复议；  2.向人民法院提起诉讼。 |
| 监督电话 | 新疆维吾尔自治区卫生健康委员会政策法规和体制改革处：0991-8560891  新疆维吾尔自治区卫生健康委员会驻委纪检组、监察室：0991-8560286 |

申报示范文本：

附件1 承诺书

附件2 换发《医师执业证书》申请表

附件1

**承诺书**

新疆维吾尔自治区政务服务大厅：

本人为申请换发《医师执业证书》所提供的材料均真实、可靠。如有不实之处，我愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

申请人签名：

年 月 日

附件2：

**换发《医师执业证书》申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | 近期小二寸免冠  正面半身照片 | |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 民族 |  |
| 毕业学校 |  | | | 学历 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 执业机构 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 邮政编码 |  | 联系电话 | | | | |  |
| 执业地点：  执业资格类别： □临床 □中医（含民族医、中西医结合医等）  □口腔 □公共卫生  执业范围： | | | | | | | |
| 换领原因：  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 单位意见  负责人：  公章  年 月 日 | | | 卫生行政部门意见  负责人：  公章  年 月 日 | | | | |
| 备注： | | | | | | | |