

佛山市高明区护理学会

香港和澳门特别行政区护士（助产士）在 佛山市高明区短期执业注册办理指引

根据卫生部关于印发《香港和澳门特别行政区医疗专业技术人员在内地短期执业管理暂行规定》的通知（卫医政发[2010]106号）要求，结合我区实际，制定香港和澳门特别行政区护士（助产士）在佛山市高明区短期执业注册办理指引如下。

一、受理审批机构

佛山市高明区护理学会

地址：佛山市高明区荷城街道康宁路1号高明区人民医院门诊六楼护理部；

联系电话：0757-88683155。

二、申请条件

- （一）具有港澳永久居民身份证证明材料；
- （二）具有港澳地区合法执业资格的护士（助产士）；
- （三）应聘在佛山市高明区合法医疗机构从事护士（助产士）岗位工作；
- （四）符合《护士执业注册管理办法》中有关护士执业注册条件；

- 1、具有完全民事行为能力；
- 2、符合本办法第三条第五项规定的健康标准。

三、需要提交的材料（一式四份，A4 纸打印）

（一）港澳医疗专业技术人员内地短期执业注册申请表（见附件 1）；

（二）港澳永久居民身份证证明材料（审原件交复印件）；

（三）近 6 个月内的 2 寸免冠正面半身白底彩色照片 2 张；

（四）专业技术人员的执业执照或者执业资格证明（审原件交复印件）；

（五）获准开展健康体检服务的医疗机构出具的申请人 6 个月内的体检健康证明（见附件 2）；

（六）无刑事犯罪记录的证明；

（七）拟聘用医疗机构与专业技术人员签订的协议书；

（八）拟聘用医疗机构《医疗机构执业许可证》副本复印件；

（九）该类医疗专业技术人员在港澳执业范围和执业规则说明；

（十）拟聘用港澳医疗专业技术人员提交的执业承诺书；

***上款第（四）项、第（六）项、第（九）项规定的材料，必须经过香港或澳门特别行政区公证机关的公证。所有资料由申请人聘用医疗机构核实真实性并加盖公章。**

以上材料应当为中文文本。

四、办理流程

（一）由申请人或申请人所在单位带齐上述材料到佛山市高明区护理学会办公室办理护士执业注册手续。

（二）佛山市高明区护理学会自受理申请之日起 20 日内进行审核。对符合条件的，予以注册，并发港澳地区护士在佛山市高明区短期执业注册凭证（中华人民共和国原卫生部印发的《护士执业证书》）。

（三）《护士执业证书》制证

1、编号原则：《护士执业证书》编号由十位数字及两个大写拼音字母组成。1-4 位是该港澳护士取得《护士执业证书》年份代码，5-6 位是佛山市高明区代码（08），7-10 位是流水号，11-12 位是香港/澳门（xiang gang/ao men）的首位拼音字母（大写）。

2、有效期 3 年（**不应超过申请人提供的港澳护士执业证有效期**）。起止时间为佛山市高明区护理学会签发之日起往后顺延三年。

3、证书内容包括发证机关、发证日期、签发人、姓名、出生日期、性别、执业地点、护士执业证书编号、身份证书、注册日期、注册有效期。均为手写。

4、审核盖章。经签发人审核、签名后，在申请人相片处盖佛山市高明区护理学会公章（钢印）；在注册机关印处盖佛山市高明区护理学会公章（油印）。

（四）申请材料一式四份，其中一份由申请人所在医疗机构存档，一份由佛山市高明区护理学会存档，另两份报送佛山市卫生和计划生育局和广东省卫生和计划生育委员会分别备案。**所有材料复印件需加盖申请人聘用医疗机构公章（油印）。**

（五）学会应建立港澳地区护士（助产士）在佛山市高明

区短期执业注册专门档案。

五、执业范围：

仅限于高明区辖区内医疗卫生单位相应岗位执业。

附件：1. 香港和澳门医疗专业技术人员内地短期执业
注册申请表

2. 广东省护士执业注册健康体检表

3. 香港和澳门特别行政区护士（助产士）短期执业
注册材料受理登记表

佛山市高明区护理学会
二〇一六年十二月十六日



附件 1

香港和澳门医疗专业技术人员内地短期 执业注册申请表

姓 名： _____

申请执业地点： _____

申请执业范围： _____

填表时间： 年 月 日

填 表 说 明

1. 本表供香港和澳门医疗专业技术人员申请在内地短期执业使用。
2. 一律用黑色、蓝黑色钢笔或签字笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。
3. 表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。
4. 基本情况中的学历和学位应填写与申请类别相应的学历。
5. “相片”一律用 6 个月内二寸免冠正面半身照片。
6. 如填写内容较多，可另加附页。

基本情况								
姓名		性别		出生年月		民族		6 个月内 二寸免冠
现是何地 永久性居民	香港 () 澳门 ()	来往内地通 行证号码					正面半身 照片	
取得合法执 业资格时间				证书编号				
在香港（澳门）从事的工作内 容描述								
在香港（澳门）执业机构名称								
通讯地址								
联系电话					传真			
申请执业医疗机构名称								
申请执业范围（工作岗位）								
工作经历								
起止年月	执业机构			技术 职务	从事何专业 技术工作		备注	

医疗机构意见

单位印章

负责人：

年 月 日

执业证书核发机构意见

执业地点：

执业范围：

执业时间：

经办人：

负责人：

单位印章

年 月 日

附件 2

广东省护士执业注册健康体检表

姓 名			性别			出生日期			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							签名:		
	咽									
	喉									
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： 签名：
	皮肤		淋巴结		
	头、颈		甲状腺		
	脊柱		四肢		
	肛门		生殖器		
	其他				
辅助检查结果	胸片				医师签名：
	心电图				医师签名：
	肝功能				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	<p>结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）</p> <p>①健康或正常 ②有色盲□、色弱□、双耳听力障碍□ ③传染病活动期</p> <p>④有精神病史 ⑤其他影响履行护理职责的疾病、残疾或功能障碍</p> <p>如选择上述结果②③④⑤项之一者，请具体说明：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>医师签名：_____ 体检日期：_____年_____月_____日</p> <p>体检医院盖章：_____ 填表日期：_____年_____月_____日</p>				
执业机构意见	<p>负责人签名：_____ 执业机构盖章：_____</p> <p>_____</p> <p>填表日期：_____年_____月_____日</p>				

附件 3

香港和澳门特别行政区护士（助产士）短期执业注册材料受理登记表

姓名：	执业证编号：		
工作单位：		联系电话：	
提交材料一览表	单位审验	注册机构 审验	
(一)港澳医疗专业技术人员内地短期执业注册申请表；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(二)港澳永久居民身份证证明材料；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(三)近 6 个月内的 2 寸免冠正面半身白底彩色照片 2 张；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(四)专业技术人员的执业执照或者执业资格证明；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(五)获准开展健康体检服务的医疗机构出具的申请人 6 个月内的体检健康证明；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(六)无刑事犯罪记录的证明；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(七)拟聘用医疗机构与专业技术人员签订的协议书；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(八)拟聘用医疗机构《医疗机构执业许可证》副本复印件；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(九)该类医疗专业技术人员在港澳执业范围和执业规则说明；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(十)拟聘用港澳医疗专业技术人员提交的执业承诺书；	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

审验人员签名：（单位）_____（注册机构）_____

