

相关文件下载地址：1.医务部共享盘-00 医师注册-文件包 2.百度网盘地址：链接：<https://pan.baidu.com/s/1xDhBm4xq61RJAmAXxqM-Ig> 密码: gy8n

变更注册

1. 医师电子化信息注册系统提交申请：参照附件《医师电子化注册流程》，微信搜索“民科微服务”进入医师电子化注册系统，选择“变更”/“军队变更入”提交注册申请。（任何信息填写后不能更改，请务必准确核实后并第一时间提交申请）
2. 三证：医师：提供资格证、职称证、执业证原件及复印件 2 份。规培人员：提供执业证、资格证、医师证、规培合格证原件及复印件 2 份。部队人员：需提供一张小 2 寸免冠白底证件照片。
3. 医师定期考核合格证明：华医网上查询近两年内的定考结果并截屏打印 1 份上交。
4. 身体检查表：医院体检红章齐全后贴好一寸照片上交。（见附件 1）
5. 聘用证明：依照本人实际情况填写前 5 行的内容。（见附件 2）

注意事项：

部队人员：如果本人的关系尚在部队的话，请务必先联系部队将关系转到地方，才可办理变更入。（此项工作请本人尽快办理，否则后续工作无法进行。）

规培人员：外市规培-必须提供规培证书；本市规培-必须提供规培证书或《沈阳市住院医师规范化培训转出申请表》。规培人员必须在原规培地点注册，才可进行转注册。

首次注册

1. **医师电子化信息注册系统提交申请：** 参照附件《医师电子化注册流程》，微信搜索“民科微服务”进入医师电子化注册系统，选择“**注册**”。并提交注册申请。（**任何信息填写后不能更改，请务必准确核实后并第一时间提交申请**）
2. **医师资格证：** 医师资格证原件及复印件 2 份。
3. **身体检查表：** 医院体检红章齐全后贴好一寸照片上交。（见附件 1）
4. **聘用证明：** 依照本人实际情况填写前 5 行的内容。（见附件 2）
5. **照片：** 近期小 2 寸免冠白底证件照片一张。

注意事项： 规培人员无法进行首次注册。

多执业机构备案

1. **医师电子化信息注册系统提交申请：** 参照附件《医师电子化注册流程》，微信搜索“民科微服务”进入医师电子化注册系统，选择“**多执业机构备案**”并提交注册申请。（**任何信息填写后不能更改，请务必准确核实后并第一时间提交申请**）
2. **三证：** 执业证、资格证、职称证原件及复印件一式两份。
3. **医师定期考核合格证明：** 华医网上查询近两年内的定考结果并截屏打印 1 份上交。
4. **请批件：** 院领导批准多点执业请批件复印件。
5. **聘用证明：** 依照本人实际情况填写前 5 行的内容。（见附件 2）

上述材料准备齐全后

办理地点： 8 诊区后一楼办（办公室 9 ） 联系电话： 82889085

办理时间： 每周一上午（其他时间可先电话预约办理时间）

具体办理进度可在注册系统中查询。

医保医师

1. 办理医保医师人员为我院入职人员(并完成首注\变更\多执业机构备案), 办理时提供**员工编号**。
2. 下载医保医师告知书并**签字**上交。
3. 执业证上身份证号为 15 位数人员需提供身份证复印件一份。

材料准备齐全后携以上材料到 3 号楼 1 楼半医保办

联系电话 82889019 朱威老师办理

医师电子化注册流程

文字版:

微信搜索“民科微服务”——进入“民科微服务”小程序——点右下角“我的”——点“我的电子化系统”——绑定系统后——进入“业务系统”——进入后点“下拉导航”——点“业务申请”——根据自身需求点击进入注册、变更、多执业机构备案、取消多机构备案、变更到军队、军队变更入——填写个人信息。

机构登记号: MAOP509C221011299A1002

主执业机构名称: 中一东北国际医院 (有限公司)

主执业机构地址: 沈阳市浑南区天赐街 2 号、皇姑区长江南街 169 号

业务缘由: 变更执业地点

主执业机构电话: 82889085

信息填入后确认提交即可

图示版：





15:47

4G

变更业务办理申请 - ...

下拉导航

变更主执业机构：

否

是

点选“是”

*变更主执业机构：

否

是

填写此处

*主执业机构名称：

*主执业机构地址：

*业务缘由：

业务申请人联系信息

*办件人姓名：

*办件人手机：

确认，下一步

15:48

4G

变更业务办理申请 - ...

下拉导航

查询并选择医疗机构

行政区划：辽宁省

机构名称：①填写名称

中一东北国际医院

查询 ②点击“查询”

共查询到1家医疗机构

中一东北国际医院(有限公司) [三级]

审批机关：沈阳市卫生健康委员会

行政区划：浑南区

地址：沈阳市浑南区天赐街2号、皇姑区长江南街169号、皇姑区长江南街173号

*办件人手机：

15840000825

确认，下一步

15:48

4G

变更业务办理申请 - ...

下拉导航

*变更主执业机构：

否

是

*主执业机构名称：

中一东北国际医院(有限公司)

*主执业机构地址：

沈阳市浑南区天赐街2号、皇姑区长江南街169号、皇

*业务缘由：

注意此处填写内容

变更执业地点

业务申请人联系信息

*办件人姓名：

*办件人手机：

158

确认，下一步

15:49

4G

申请表格 - 医师电子...

下拉导航

王

医师变更申请审核表

* 以下表单为医师变更申请审核表的部分内容，也是需要医师个人填写的内容。

* 填写完成后可在当前执业医疗机构打印医师变更申请审核表的完整表格。

身体健康状况：

健康

*原主执业机构电话：

拟主执业机构电话：电话号码

82689085

不变主执业机构不需要填写

个人工作经历：

新增工作经历

起止时间 单位

变更注册理由：

医师定考：

登录华医网 APP——点击“医师定考”栏——点击“学员入口”——点击“考核结果”——将本人“考核通过”页面截屏打印上交。



附件 1:

身 体 检 查 表

年 月 日

编号

姓 名		性 别		年 龄		
工作单位				联系电话		
过去健康 情 况						
检 查 项 目	心脏检查:	胸部检查:	身高:	公分	检查医师 签名或盖章	
	体重: 公斤	四肢脊柱:	视力:左 右			
	辨色力:	耳:	鼻:			
	喉:	血压:	胸透:			
	肝功化验: (乙肝七项)	尿常规:	心电图:			
	其它说明					
负 责 医 师 签 注 意 见 并 签 名 盖 章						
健 康 检 查 委 员 会 (或 小 组)						
备 注						

说明：1、记录符号：未检查项目“—”、正常：“V”轻微缺点可暂不矫治的“+”、应矫治缺点的“++”应立即矫治的缺点“ ”，缺点不能用符号表示时应用文字注明。2、检查毕由负责医师签名或盖章。

附件 2:

医疗机构聘用证明

姓 名		性 别		年 龄	
医师级别（执业、助理）：					
医师类别（临床、口腔、公卫、中医）：					
医师资格证书编码：					
受聘专业（按医师注册执业范围填写）：					
受聘时间：					
受聘期限：					
聘用单位意见：					
法人签字：单位公章： 年 月 日					

模板 1:

附件 1:

身体检查表

2021年 1月 13日

编号

姓 名	王 小 明	性 别	女	年 龄	33岁
工作单位				联系电话	151-1111-1111
过去健康情况					
检 查 项 目	心脏检查: <input checked="" type="checkbox"/>	胸部检查: <input checked="" type="checkbox"/>	身高: 161.2 公分		
	体重: 55 公斤	四肢脊柱: <input checked="" type="checkbox"/>	视力: 左 5.0 右 4.9		
	辨色力: 正常	耳: <input checked="" type="checkbox"/>	鼻: <input checked="" type="checkbox"/>		
	喉: <input checked="" type="checkbox"/>	血压: 115/68	胸透: 心肺未见异常		
	肝功化验: (乙肝七项)	尿常规:	心电图: 正常心电图		
	其它说明				
负责医师签注意见并签名盖章	<div>陈 昌 浩</div>				
健康检查委员会 (或小组)	<div>体检专用章</div>				
备 注					

说明: 1、记录符号: 未检查项目“—”、正常:“√”轻微缺点可暂不矫治的“+”、应矫治缺点的“++”应立即矫治的缺点“-”, 缺点不能用符号表示时应用文字注明。2、检查毕由负责医师签名或盖章。

附件 2:

医疗机构聘用证明

姓 名	张小花	性 别	女	年 龄	36
医师级别（执业、助理）： 职业					
医师类别（临床、口腔、公卫、中医）： 临床					
医师资格证书编码： 2013211XXXX2301XXXXXXXXXX-2081					
受聘专业（按医师注册执业范围填写）： 内科专业					
受聘时间：					
受聘期限：					
聘用单位意见：					
法人签字：			单位公章：		
			年 月 日		

医疗机构聘用证明

姓 名	张小花	性 别	女	年 龄	36
医师级别（执业、助理）：职业					
医师类别（临床、口腔、公卫、中医）：临床					
医师资格证书编码：201321XXXX301XXXXXXXXXX-2081					
受聘专业（按医师注册执业范围填写）：内科专业					
受聘时间：					
受聘期限：					
聘用单位意见：					
法人签字：			单位公章： 年 月 日		