滨州医学院附属医院
关于开展医师变更执业范围等事项相关
培训工作的通知

各市卫生计生委、各级医疗单位:

根据根据山东省卫生和计划生育委员会《关于做好医师变更执业范围等事项相关培训工作的通知》(鲁卫医字〔2015〕52号)要求，为进一步加强医师执业注册管理，确保培训对象按时接受培训、及时办理医师执业注册和变更注册范围等事项，根据《执业医师法》、《医师执业注册暂行办法》等有关规定，现对培训机构承接医师变更执业注册范围等事项相关培训工作作出如下安排。

一、培训对象

（一）在省卫生计生委注册的执业医师或者执业助理医师年度考核不合格者;

（二）获得执业医师资格或执业助理医师资格后二年未注册者;

（三）中止医师执业活动二年以上，重新申请注册的人员；

（四）原卫生部《医师执业注册暂行办法》第五条规定不予注册的情形消失，重新申请注册的人员；

（五）已注册的执业医师或者执业助理医师申请变更执业范围，但未取得拟变更专业的高一层次的省级以上教育部门承认的学历条件者。

二、培训时间和培训内容

培训时间：前条规定的第（一）、（二）、（三）、（四）类培训对象接受培训的时间为6个月；第（五）类培训对象接受培训时间为两年。

培训内容：根据培训对象类型及申请事项，参照国家有关培训大纲的要求设置培训项目，制定具体培训方案。

三、培训机构和考核方式

滨州医学院附属医院作为临床类、口腔类、公共卫生类别执业（助理）医师定点培训机构，需进行公共卫生实践的，由培训机构协调安排相应的疾病控制机构进行实践；精神专业医师培训仍由省精神卫生中心承担。

培训结束后，组织考核，在培训对象申请注册或变更注册范围审批表中填写考核意见，作为是否可以继续注册或变更注册范围的依据之一。

四、其他事项

（一）培训对象由注册医疗机构组织或自行到培训机构提交培训申请。培训机构于每年6月、12月受理培训申请，

次月开始正式培训。如遇特殊情况，根据实际情况调整受理时间及确定培训起始时间。

（二）培训对象按照培训机构统一安排按时参加培训。培训费用按照山东省物价局收费标准在报到时收取。学员申请时缴纳费用，收取标准为 6 个月培训费用 6300 元,2 年培训费用 25200 元（不包含住宿、就餐等费用）。

（三)培训学员培训为全脱产性质,不接收半脱产学员，培训学员要严格遵守各培训机构规章制度，严格考勤，按照培训大纲要求，按时参加理论培训、临床业务学习，完成培训任务。

（四）各培训机构要严格按照我委相关规定要求，严格执行相关的政策法规,加强管理及考核,圆满完成培训任务。

（五）培训机构地址：滨州医学院附属医院　滨州市滨城区黄河二路 661 号影像楼（老办公楼）305 房间 电话：0543-3256510、3258850。

附件：1.变更执业范围等事项培训申请表

2.培训学员信息汇总表

滨州医学院附属医院

2018 年 6 月 1 日

附件 1

变更执业范围等事项培训申请表

（培训基地：滨州医学院附属医院）

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td rowspan="6">2 寸免冠照片</td></tr>
<tr><td>学历</td><td></td><td>学位</td><td></td><td>政治面貌</td><td></td></tr>
<tr><td>籍贯</td><td colspan="3"></td><td>英语等级</td><td></td></tr>
<tr><td>毕业院校</td><td colspan="3"></td><td>毕业时间</td><td></td></tr>
<tr><td>工作年限</td><td colspan="3"></td><td>职称</td><td></td></tr>
<tr><td>现工作岗位</td><td colspan="3"></td><td>原执业范围</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医师资格证号</td><td colspan="3"></td><td>拟培训专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>执业医师证号</td><td colspan="3"></td><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">所在单位医务主管部门联系人及联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>个人联系方式</td><td colspan="2">手机</td><td colspan="2">电子邮箱</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>培训对象类型</td><td colspan="6">在培训类型打（✓）
1.在省卫生计生委注册的执业医师或者执业助理医师年度考核不合格者;（ ）
2.获得执业医师资格或执业助理医师资格后二年未注册者;（ ）
3.中止医师执业活动二年以上，重新申请注册的人员;（ ）
4.原卫生部《医师执业注册暂行办法》第五条规定不予注册的情形消失，重新申请注册的人员;（ ）
5.已注册的执业医师或者执业助理医师申请变更执业范围,但未取得拟变更专业的高一层次的省级以上教育部门承认的学历条件者。（ ）</td></tr>
<tr><td>个人简历</td><td colspan="6">个人签名：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

所在单位意见	负责人（签名）:　　单位（盖章） 年　　月　　日
当地注册机构意见（省属单位只需所在单位审核并盖章）	负责人（签名）:　　单位（盖章） 年　　月　　日
委托培训机构意见	单位（盖章） 年　　月　　日

备注:

1.报名分网上报名、现场报名;

2.网上报名：身份证、医师资格证、医师执业证、职称证书及申请表电子版发培训机构邮箱，文档夹命名方式“姓名—单位—手机号”;

3.现场报名：申请表一式四份，双面打印，经所在单位、注册机构审核并盖章后，现场报名时交培训机构。现场报名时务必携带证件原件，审核后带回;

4.培训机构邮箱：滨州医学院附属医院 byfyywc@126.com。

附件 2

培训学员信息汇总表

（培训基地：滨州医学院附属医院）

卫生计生委（卫生局）（章）、医疗单位（章）：

序号	姓名	单位	专业	培训类型	培训时限
1					
2					
3					
4					
5					
6					

备注：请根据培训类型，填写培训时限 6 个月或 2 年。