市卫生健康委关于印发天津市护士执业注册

管理实施办法（2022年版）的通知

各区卫生健康委、行政审批局，委直属有关单位，医学院校附属医院，中央驻津医院，部分部队、企事业单位医院：

为进一步规范护士执业注册管理，根据《护士条例》《护士执业注册管理办法》《国务院关于取消和下放一批行政许可事项的决定》等有关规定，结合我市实际，我委组织制定了《天津市护士执业注册管理实施办法（2022年版）》，并经市卫生健康委2022年第2次主任办公会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

2022年7月14日

（此件主动公开）

天津市护士执业注册管理实施办法

（2022年版）

# 第一章 总则

第一条为进一步规范护士执业注册管理，根据《护士条例》《护士执业注册管理办法》《国务院关于取消和下放一批行政许可事项的决定》等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条护士经执业注册取得《护士执业证书》后，方可在注册地点的医疗卫生机构从事护理工作。未经执业注册取得《护士执业证书》者，不得从事诊疗技术规范规定的护理活动。

第三条本市市、区两级卫生健康委员会是护士执业注册的主管部门，负责本行政区域的护士执业注册监督管理工作。

第四条按照属地管理的原则，拟在医疗卫生机构中执业并申请护士执业注册的，应当向批准设立拟执业医疗卫生机构或者为该医疗机构备案的行政机关提出申请。该行政机关（以下简称注册部门）是该医疗卫生机构内护士执业注册的审核发证机关。

第五条 我市实行护士区域注册，执业地点为天津市，可以在天津市批准执业的任一医疗卫生机构内执业，在注册有效期内其执业注册在全市行政区域内有效。

《护士执业证书》中记录的执业机构为主要执业机构。

第六条 护士执业，应当遵守法律、法规、规章和诊疗技术规范的规定。

第七条 不在医疗卫生机构从事护理活动的人员不得申请护士执业注册。

第八条 我市使用护士执业注册联网管理信息系统统一管 理护士执业注册信息，全面实行护士电子化注册管理。首次注册、 延续注册、重新注册、变更注册、注销注册、遗失补证均在电子化注册系统中提交申请，所需表格已在系统嵌入，需要线下办理的，按要求打印申请表格。

第九条 有下列情形之一的，由注册部门上级卫生健康主管部门或者监察机关责令改正，对直接负责的主管人员或者其他直接责任人员依法给予行政处分：

（一） 对不符合护士执业注册条件者准予护士执业注册的；

（二） 对符合护士执业注册条件者不予护士执业注册的。

第十条护士执业注册申请人隐瞒有关情况或者提供虚假 材料申请护士执业注册的，注册部门不予受理或者不予护士执业注册，并由卫生健康主管部门给予警告；已经注册的，应当撤销注册。

第十一条 医疗卫生机构可以为本机构聘用的护士集体办理护士执业注册和延续注册。

# 第二章 注册条件

第十二条 申请护士执业注册，应当具备下列条件:

（一）具有完全民事行为能力；

（二）在中等职业学校、高等学校完成教育部和国家卫生健康委规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；

（三） 通过国家卫生健康委组织的护士执业资格考试；

（四） 符合本办法第十三条规定的健康标准。

第十三条 按照《护士执业注册管理办法》，申请护士执业注册，应当符合下列健康标准:

（一）无精神病史;

（二）无色盲、色弱、双耳听力障碍;

（三）无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

护士健康状况是否符合规定的健康标准由拟执业医疗卫生机构确认。

# 第三章 首次注册

第十四条 申请护士执业注册，应当提交下列材料:

（一）《天津市护士执业注册申请审核表》；

（二）申请人身份证明;

（三）申请人学历证书及专业学习中的临床实习证明；

（四）近期彩色免冠小2寸正面半身照片；

（五）医疗卫生机构拟聘用的相关材料。

第十五条 注册部门应当自受理申请之日起12日内，对申请人提交的申请材料进行审核。审核合格的准予注册，发给国务院卫生健康主管部门统一印制的《护士执业证书》；对不符合规定条件的，不予注册，并书面说明理由。

注册部门对申请人提交的材料审核合格的，应当在护士执业注册联网管理信息系统打印《护士执业证书》，《护士执业证书》上应当注明护士的姓名、性别、出生日期等个人信息及证书编号、注册日期和执业地点，在《护士执业证书》所设置位置粘贴照片并在照片处加盖发证机关钢印。

第十六条首次注册申请应当自通过护士执业资格考试之日起3年内提出；逾期提出申请的，除具备第十四条规定的材料外，还应提交在市卫生健康委规定的教学、综合医院参加3个月临床护理培训并考核合格的证明。

第四章 延续注册

第十七条 护士执业注册有效期为5年。护士执业注册有效 期届满需要继续执业的，应当在有效期届满前30日申请办理延续注册。

第十八条 护士申请延续注册，应当提交下列材料：

（一） 《天津市护士执业注册申请审核表》；

（二） 申请人的《护士执业证书》。

第十九条 注册部门自受理延续注册申请之日起12日内进行审核。审核合格的，予以延续注册；审核不合格的，不予延续注册，并书面说明理由。

第二十条 有下列情形之一的，不予延续注册：

（一） 不符合本办法第十三条规定的健康标准的；

（二） 被处暂停执业活动处罚期限未满的。

第五章 变更注册

第二十一条护士在其执业注册有效期内变更主要执业机 构的，应当办理变更注册。

护士承担经注册执业机构批准的卫生支援、进修、学术交流、 政府交办事项等任务和参加卫生健康主管部门批准的义诊，在签 订帮扶或者托管协议的医疗卫生机构内执业，以及从事执业机构 派出的上门护理服务等，不需办理执业地点变更等手续。

第二十二条 主要执业机构变更名称的，主要执业机构可以 向注册部门提出集体变更的书面申请，为本机构在有效期内的所 有护士办理集体变更。

第二十三条办理护士主要执业机构变更注册的，应提交下列材料：

（一）《天津市护士执业注册申请审核表》；

（二） 申请人的《护士执业证书》。

第二十四条注册部门应当自受理之日起12日内为其办理变更手续。军队、武警部队医疗卫生机构聘用的护士变更到我市地方医疗卫生机构的，军队、武警部队卫生健康主管部门审批时间不计入地方办理时限。

第二十五条 护士跨省、自治区、直辖市变更执业地点到天津市的，我市通过护士执业注册联网管理信息系统向其原执业地注册部门进行跨省、自治区、直辖市线上通报。

第二十六条 使用军人有效证件注册的护士，退役后变更注册到地方医疗卫生机构的，不换发新证，仅将其在护士电子化注册管理系统中有效证件号码变更为居民身份证号码，并在原《护士执业证书》的备注页注明相关信息。

第六章 重新注册

第二十七条有下列情形之一的，拟在医疗卫生机构执业时, 应当重新申请注册：

（一） 注册有效期届满未延续注册的；

（二） 受吊销《护士执业证书》处罚，自吊销之日起满2年，拟在医疗卫生机构执业的。

第二十八条重新申请注册时，应当提交本办法第十四条第（一）（二）（四）（五）项规定的材料，中断护理执业超过3年的，还应当提交在市卫生健康委规定的教学、综合医院参加3个月临床护理培训并考核合格的证明。注册部门应当自受理之日起12日内为其办理重新注册手续。

第七章 注销注册

第二十九条护士执业注册后有下列情形之一的，原注册部门办理注销执业注册：

（一） 本人主动申请的；

（二） 注册有效期届满未延续注册的；

（三） 受吊销《护士执业证书》处罚的；

（四） 护士死亡或者丧失民事行为能力的。

第三十条申请办理护士注销执业注册，应当提交《天津市注销护士执业注册申请表》。

本人主动申请的，应同时提交申请人的《护士执业证书》。 护士注销注册的办理时限为即时办结。

第八章 遗失补证

第三十一条 在我市医疗卫生机构执业的护士，《护士执业证书》遗失（或损坏）后，可向注册部门申请遗失补证。注册部门要在证书照片处加盖补证机关钢印；备注页注明首次注册日期、首次注册部门、补发日期、被遗失证书的到期日期、补证机关，并加盖公章；首次注册页不填写。

第三十二条 申请《护士执业证书》遗失补办的，需提交以下材料：

（一）《天津市护士执业证书遗失补办申请表》；

（二）申请人身份证明；

（三）近期彩色免冠小2寸正面半身照片。

注册部门应当自受理之日起12日内为其办理遗失补证手续。

第三十三条《护士执业证书》应由本人妥善保管，不得出 借、出租、抵押、转让、涂改和损毁。

第三十四条注册部门接收申请人提交的申请材料，按照“一事一档”的原则建立护士注册纸质或电子档案，按照行政许可档案管理有关规定，妥善保管。

第三十五条 在内地完成护理、助产专业学习的香港、澳门 特别行政区及台湾地区人员，符合本办法规定的，可以按本办法 的规定在我市申请护士执业注册。

第三十六条本办法用语的含义：

主要执业机构，是指多机构执业护士《护士执业证书》中记 录的执业机构。

第三十七条 本办法自2022年8月1日起施行，有效期5年。《关于开展天津市护士执业注册工作的通知》（津卫医政〔2008〕424号）同时废止。

附件：1.天津市护士执业注册申请审核表

2.天津市注销护士执业注册申请表

3.天津市护士执业证书遗失补证申请审核表

4.医疗卫生机构拟聘用人员证明

附件1

天津市护士执业注册申请

审核表

姓 名：

执业证书编码：

填表时间： 年 月 日

天津市卫生健康委员会制

**填表说明**

1.本表仅供申请护士执业注册使用。

2.用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.学历应当填写护理或者助产专业最高学历。

5.健康状况填写良好、一般或者有慢性病。

6.工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

7.技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。

8.首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。

9.首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需执业机构填写意见。

10.使用的照片为近期小二寸免冠正面半身照。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | （照片） |
| 出生日期 |  | 民族 |  |
| 国籍 |  | 健康状况 |  |
| 通过护士执业  考试时间 |  | 是否首次注册 | 囗是囗否 |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | |
| 毕业时间 |  | 毕业学校 |  | |
| 专业 |  | 学制 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | |
| 参加工作时间 |  | 手机号码 |  | |
| 现执业机构 |  | | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市）市（地区）区（县） | | | |
| 现工作科室 |  | | 技术职称 |  |
| 现工作类别 |  | | 职务 |  |
| 拟执业机构 |  | | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市）市（地区）区（县） | | | |
| 拟工作科室 |  | | 技术职称 |  |
| 拟工作类别 |  | | 职务 |  |
| 何时何地因何  种原因受过何  种奖励或表彰 |  | | | |
| 何时何地因何  种原因受过何  种处罚或处分 |  | | | |
| 其他要说明的  问题 |  | | | |
|  |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人学习经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 学校名称 | 专业 | 学历/学位 |
|  | | | | |
| 个人工作经历（与护理或者助产专业相关） | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | 工作单位 | 职务 | 职称 |
|  | | | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | | |
| （拟）执业机构  意见 | 意见：囗同意  囗不同意  负责人签字：  印 章  年 月 日 | | | |
| 注册机关  意见 | 意见：囗准予注册护士执业证书编号：  囗准予变更注册  囗准予延续注册  囗不准予注册  不准予注册理由：  印 章  年 月 日 | | | |

附件2

天津市注销护士执业注册

申请表

姓 名：

执业证书编号：

材 料 编 号：

填表时间： 年 月 日

天津市卫生健康委员会制

填表说明

1.此表由申请人或医疗卫生机构填写，医疗卫生机构及注册机关予以审批。

2.用黑色或蓝色钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.如护士电子化注册系统中已有嵌入的申请表格，以系统为准。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 现执业机构名称 | |  | | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  | |
| 执业证书编号 | |  | | | | | |
| 注册机关 | |  | | | | | |
| 注册有效期 | |  | | | | | |
| 被注销执业注册护士签字： 签字时间： 年 月 日  （备注：此栏非必填项，如是护士本人申请，则必须签字，并同时提交《护士执业证书》原件） | | | | | | | |
| 执业机构意见 | | 申请注销原因：  □ 本人主动申请  □ 注册有效期届满未延续注册  □ 受吊销《护士执业证书》处罚  □ 护士死亡或者丧失民事行为能力  负责人签字：  印 章  年 月 日 | | | | | |
| 注册机关  意见 | | 意见：  □ 准予注销注册  □ 不准予注销注册  不准予注册理由：    印 章  年 月 日 | | | | | |

附件3

天津市护士执业证书

遗失补证申请

审核表

姓 名：

执业证书编号：

材 料 编 号：

填表时间： 年 月 日

天津市卫生健康委员会制

填表说明

1.此表由申请人填写，医疗卫生机构及注册机关予以审批。

2.用黑色或蓝色钢笔或者签字笔填写，内容真实，字迹清晰。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.如护士电子化注册系统中已有嵌入的申请表格，以系统为准。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 现执业机构名称 | |  | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | |
| 执业证书编号 | |  | | | | |  |
| 注册机关 | |  | | | | | |
| 注册有效期 | |  | | | | | |
| 申请补发理由：  申请人签字： 签字日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 现执业机构意见：  法定代表人签名（章）：  印 章  年 月 日 | | | | | | | |
| 注册机关意见：  印 章    年 月 日 | | | | | | | |

附件4

医疗卫生机构拟聘用人员证明

兹有 为我院护理工作人员，经临床理论及技术考核合格，拟安排在 岗位（填写到最小护理单元），同意其申请护士执业注册。

单位盖章（公章）

年 月 日