



云南省卫生健康委关于印发 云南省护士执业注册审批实施办法的通知

云卫规〔2019〕3号

各州、市卫生健康委，委所属和联系有关单位：

根据《国家卫生健康委关于做好下放护士执业注册审批有关工作的通知》（国卫医发〔2019〕37）要求，为做好我省护士执业注册的下放审批管理工作，我委组织制定了《云南省护士执业注册审批实施办法》，现印发给你们，请认真贯彻落实。

云南省卫生健康委

2019年11月7日



云南省护士执业注册审批实施办法

第一章 总 则

第一条 为规范护士执业注册管理，进一步深入贯彻落实“放管服”改革有关精神，根据《护士条例》《护士执业注册管理办法》《国家卫生健康委关于做好下放护士执业注册审批有关工作的通知》要求，制定本办法。

第二条 本办法适用于我省护士执业注册的首次注册、延续注册、变更注册、重新注册、护士执业证书错误信息修改、护士执业证书遗失补办、注销注册等。

第三条 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。

第四条 护士执业注册工作（包括首次注册、延续注册、变更注册、重新注册、护士执业证书错误信息修改、护士执业证书遗失补办、注销注册等）由护士执业的医疗卫生机构所属卫生健



康行政部门负责。省级卫生健康行政部门负责省级发证医疗卫生机构的护士执业注册工作，州市级卫生健康行政部门负责州市级发证医疗卫生机构的护士执业注册工作，县区级卫生健康行政部门负责县区级发证医疗卫生机构的护士执业注册工作。

第五条 各级卫生健康行政部门要按照属地化管理原则和“谁主管、谁审批、谁监管”原则，切实履行监管职责，加强事中事后监管。

第二章 注 册

第六条 申请首次注册

（一）对象及应具备的条件

1. 具有完全民事行为能力；
2. 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；
3. 通过国家卫生健康委组织的护士执业资格考试并取得成绩合格的证明；



4. 符合下列健康标准：未在甲、乙类传染病传染期的；无精神病史；无色盲、色弱、双耳听力障碍；无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

（二）需要提交的材料

1. 护士执业注册申请审核表（三表合一）1份（附表1）；
2. 申请人身份证原件及复印件1份；
3. 申请人学历证书原件及复印件1份；
4. 申请人专业学习中的护理临床培训及考核证明（附表2）；
5. 护士执业资格考试成绩合格证明原件及复印件1份；
6. 二级以上综合医院出具的申请人6个月内的健康体检证明（附表3）；
7. 医疗卫生机构拟聘用的相关材料（加盖医院公章）；
8. 正面免冠白底彩色小2寸近照1张；
9. 委托申请的需提交委托书及受委托人的身份证复印件。

（三）其他

1. 护士执业注册申请，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，按重新注册申请办理。

2. 申请护士执业注册者，由个人登录国家卫生健康委护士电子化注册系统填写个人基本情况信息，医疗卫生机构审核上报至



所属卫生健康行政主管部门办理；集体申请者，所在机构需填写并向所属卫生健康行政主管部门提交护士执业注册集体申请汇总表（附表7）。

（四）办理时限

材料齐全，符合法定程序，对个人申请者当场作出决定颁发证书，对集体申请者在受理后13个工作日内作出决定颁发证书。

第七条 申请延续注册

（一）对象及条件

护士执业注册有效期为5年。护士执业注册有效期届满需继续执业的，应当在有效期届满前30日向所属卫生健康行政主管部门申请办理延续注册。

（二）所需材料

1. 护士执业注册申请审核表（三表合一）1份；
2. 申请人《护士执业证书》原件；
3. 二级以上综合医院出具的申请人6个月内的健康体检证明；
4. 委托申请的需提交委托书及受委托人的身份证复印件。

（三）其他

1. 不予延续注册的情形有：



- (1) 不符合护士执业注册健康标准的；
- (2) 被处暂停执业活动处罚期限未了的。

2. 医疗卫生机构可为本机构聘用的护士集体申请办理护士延续注册。

(四) 办理时限

材料齐全，符合法定程序，对个人申请者当场作出决定颁发证书，对集体申请者在受理后 13 个工作日内作出决定颁发证书。

第八条 申请变更注册

(一) 对象及条件

护士在其执业注册有效期内变更执业地点的。

(二) 所需材料

1. 护士执业注册申请审核表（三表合一）2 份；
2. 申请人《护士执业证书》原件；
3. 委托申请的需提交委托书及受委托人的身份证复印件。

(三) 其他

1. 承担卫生健康行政部门交办或者批准的任务以及履行医疗卫生机构职责的护理活动，包括经医疗卫生机构批准的进修、学术交流等不需办理变更。



2. 部队医疗机构聘用的护士在其执业注册有效期内变更执业地点到地方医院的，应与其拟执业机构所属卫生健康行政部门在护士电子化注册系统中进行信息录入，并报部队管理部门审批后，再行办理。

（四）办理时限

材料齐全，符合法定程序，受理后 7 个工作日内作出决定。

第九条 申请重新注册

（一）对象及条件

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：

1. 注册有效期届满未延续注册的；
2. 受吊销《护士执业证书》处罚，自吊销之日起满 2 年的；
3. 通过护士执业资格考试之日起 3 年内未提出执业注册的。

（二）所需材料

1. 按首次注册所需提交材料；
2. 中断护理执业活动超过 3 年的，还应当提交在各级卫生健康行政部门规定的教学、综合医院接受 3 个月临床护理培训并考核合格的证明（附表 2）；

（三）办理时限



材料齐全，符合法定程序，对个人申请者当场作出决定颁发证书，对集体申请者在受理后 13 个工作日内作出决定颁发证书。

第三章 信息修改、补办及注销

第十条 申请信息修改

（一）对象及条件

《护士执业证书》信息出现错误的。

（二）所需材料

1. 护士信息修改申请表 1 份（附表 4）；
2. 申请人的《护士执业证书》原件；
3. 居民身份证复印件 1 份；
4. 需修改信息的相关证明材料原件；
5. 申请人正面免冠白底彩色小 2 寸近照 1 张。

（三）办理时限

材料齐全，符合法定程序，对个人申请者当场作出决定颁发证书，对集体申请者在受理后 13 个工作日内作出决定颁发证书。

第十一条 申请补办

（一）对象及条件



《护士执业证书》遗失者。

(二) 所需材料

1. 护士执业证补办申请表 1 份（附表 5）；
2. 申请人正面免冠白底彩色小 2 寸近照 1 张。

(三) 办理时限

材料齐全，符合法定程序，对个人申请者当场作出决定颁发证书，对集体申请者在受理后 13 个工作日内作出决定颁发证书。

第十二条 注销注册

(一) 护士执业注册后有下列情形之一的，原注册部门注销执业注册：

1. 注册有效期届满未办理延续注册；
2. 受吊销《护士执业证书》处罚；
3. 护士死亡或者丧失民事行为能力；
4. 个人申请注销执业注册。

(二) 所需材料

1. 护士注销注册申请表（附表 6）；
2. 《护士执业证书》原件；
3. 注销注册原因的相关材料；
4. 委托申请的需要提交委托书及受委托人的身份证复印件。



(三) 办理时限

注销注册实行当场办结。

第四章 组织管理

第十三条 各级卫生健康行政部门按照规定办理护士注册工作，审核合格的给予注册发证；不符合规定条件的不予办理，并说明理由。

第十四条 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，卫生健康行政部门不予受理或不予护士执业注册，并给予警告；已经注册的，应当撤销注册。

第五章 附 则

第十五条 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，符合本办法第五条规定的，可以申请护士执业注册。

第十六条 计划生育技术服务机构护士的执业注册管理适用本办法的规定。



第十七条 二级以上综合医院出具的健康体检证明应使用《云南省护士注册体格检查表》。

第十八条 办理护士执业注册审批相关工作中，需提交的身份证、学历证书、护士执业资格考试成绩合格证明等文件材料，如已实现部门间信息共享获取的，则使用共享获取信息，无需申请人再次提供。

第十九条 本实施办法自 2019 年 12 月 20 日起施行。

- 附表：**
1. 护士执业注册申请审核表（三表合一）
 2. 护理临床培训及考核证明
 3. 云南省护士注册体格检查表
 4. 《护士执业证书》信息修改申请表
 5. 《护士执业证书》补办申请表
 6. 护士注销注册申请表
 7. 护士执业注册集体申请汇总表



附表 1:

护士执业注册申请审核表

(三表合一)

姓 名 : _____

执业证书编码 : _____

填表时间 : 年 月 日

国家卫生健康委员会监制

填 表 说 明

1. 本表仅供申请护士执业注册、变更注册、延续注册使用。
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。



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

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	口是 口否	
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				



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

何时何地因何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
申请办理事项： <input type="checkbox"/> 执业注册 <input type="checkbox"/> 变更注册 <input type="checkbox"/> 延续注册				
			申请人签字： 年 月 日	
（拟）执业机构 意见	意见： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 负责人签字： <div style="text-align: right;"> 印 章 年 月 日 </div>			



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

<p>注册机关 意见</p>	<p>意见：<input type="checkbox"/>准予注册 护士执业证书编号：_____</p> <p><input type="checkbox"/>准予变更注册</p> <p><input type="checkbox"/>准予延续注册</p> <p><input type="checkbox"/>不准予注册</p> <p>不准予注册理由：</p> <p style="text-align: right;">印 章 年 月 日</p>
--------------------	--

附表 2:

护理临床培训及考核证明

姓 名		性 别		民 族		出生年月	
籍 贯				政治面貌			
身份证号码				护士执业证号码			
毕业学校				毕业专业			
学 历				毕业证号码			
工作机构				工作时间			
培训原因	<input type="checkbox"/> 重新申请注册			<input type="checkbox"/> 通过护士执业资格考核后三年内未注册			
培训机构							
培训时间	年 月 日至 年 月 日						
临床护理培训考核情况							
临床培训科室及轮转时间			综合考评情况		技术操作考试成绩		考核人
门急诊（3周）							
内 科（3周）							
外 科（3周）							
手术室（3周）							
综合评价							



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

培 训 机 构 意 见	培训机构负责人签字	培训机构盖章 年 月 日
----------------------------	-----------	---------------------

注：本证明仅供重新申请注册者及通过护士执业资格考核后三年内未注册者填写。



附表 3:

云南省护士注册体格检查表

姓 名		性 别		出生年月		照片		
身份证号		联系电话						
工作单位（毕业院校）								
请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√） 如填写“有”，请做详尽描述。（包括：病种、分期、治疗情况）								
精神病	无□	有□	_____	癫痫病	无□	有□	_____	
癔症	无□	有□	_____	严重的神经官能症	无□	有□	_____	
吸食、注射毒品史	无□	有□	_____	器质性心脏病、心肌病	无□	有□	_____	
慢性肾炎	无□	有□	_____	尿毒症	无□	有□	_____	
传染性疾病	无□	有□	_____	影响肢体活动的神经系统疾病	无□	有□	_____	
基本情况	身高	cm	体重	Kg	血压	/	mmHg	医师签字:
内科	呼吸系 统			心脏				医师意见: 签字
	神经系 统			腹部器官				
	其他							
外科	颈部			皮肤				医师意见: 签字
	脊柱			四肢关节				
	其他							
眼科	裸眼 视力	左	矫正 视力	左	色觉 功能	左		医师意见:
		右		右		右		



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

	其他				签字
耳鼻 喉科	听力	左耳	米	右耳	米
	唇腭		嗅觉		医师意见: 签字
	耳鼻咽 喉		其他		
胸部 X 线 正位片					医师签名:



化验单粘贴处（必检项目）

肝 功：（谷丙转氨酶）

肾 功：（肌酐尿素氮）

丙肝：

体检结论：

主检医师签字：

体检医院公章：

年 月 日

附表 4:

《护士执业证书》信息修改申请表

姓名		性别		照片
民族		学历		
执业证书编号				
家庭地址				
联系电话				
身份证号码				
修改理由				
修改内容	原内容			
	应更正为			
执业单位意见	盖章 年 月 日			
县（区）级卫生行政 部门审查意见	盖章 年 月 日			
州（市）级卫生行政 部门审查意见	盖章 年 月 日			



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

省级卫生行政部门 审查意见	盖章 年 月 日
------------------	-------------

附表 5:

《护士执业证书》补办申请表

姓 名		性 别		像 片
民 族		出生年月		
身份证号码				
家庭地址及邮政编码				
电话号码				
原证号及签发日期				
补办理由				
执业单位 审查意见	盖章 年 月 日			
县（区）级卫生行政部 门审查意见	盖章 年 月 日			



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

州（市）级卫生行政部 门审查意见	盖章 年 月 日
省级卫生行政部门 审查意见	盖章 年 月 日

附表 6:

护士注销注册申请表

单位名称			
姓名		性别	
身份证编号			
护士执业证书编号			
注销注册原因			
单位意见	经办人: _____ 公章 _____ 年 月 日		
县(区)级 卫生行政部门意见	经办人: _____ 公章 _____ 年 月 日		
州(市)级 卫生行政部门意见	经办人: _____ 公章 _____ 年 月 日		



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

省 级 卫生行政部门意见	经办人： 公 章 年 月 日
备 注	

附表 7:

_____年护士执业注册集体申请汇总表

单位（盖章）_____

序号	姓名	性别	学历	工作单位	毕业学校（院）	毕业日期	考试通过时间



云南省卫生健康委员会行政规范性文件

负责人_____ 填表人_____

填表日期 _____



负责人

填表人

填表日期