

# 广东省卫生健康委员会 文件 广东中医药局

粤卫规〔2019〕14号

---

## 广东省卫生健康委 广东省中医药局关于印发 《广东省卫生健康委 广东省中医药局关于 护士执业注册的管理办法》的通知

各地级以上市卫生健康局（委）：

为规范护士执业注册管理，根据《护士条例》《国务院关于取消和下放一批行政许可事项的决定》《护士执业注册管理办法》《关于优化医疗机构和医护人员准入服务的通知》《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》和《国家卫生健康委办公厅关于简化护士执业注册有关工作的通知》，结

合我省实际，省卫生健康委、省中医药局研究制定了《广东省卫生健康委 广东省中医药局关于护士执业注册的管理办法》现予印发，请遵照执行。



# 广东省卫生健康委 广东省中医药局

## 关于护士执业注册的管理办法

### 第一章 总则

**第一条** 为规范护士执业注册管理，根据《护士条例》《国务院关于取消和下放一批行政许可事项的决定》《护士执业注册管理办法》《国家健康委办公厅 国家中医药管理局办公室关于优化医疗机构和医护人员准入服务的通知》《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》《国家卫生健康委委员会办公厅关于简化护士执业注册有关工作的通知》，结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 护士经执业注册取得《护士执业证书》后，方可从事护理工作。

未经执业注册取得《护士执业证书》的，不得从事诊疗技术规范规定的护理活动。

**第三条** 广东省卫生健康委员会是广东省护士执业注册主管部门，负责广东省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，应当向核发该医疗卫生机构《医疗机构执业许可证》的省、市或县（市，区）卫生健康行政部门提出申请。核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门是该医疗卫

生机构内护士执业注册的审批发证机关。

采供血机构、疾病预防控制机构、慢性病防治机构、计划生育技术服务机构护士的执业注册按照属地管理和便民原则由执业机构所在市卫生健康行政部门或县（市，区）卫生健康行政部门负责。

**第五条** 我省试行护士区域注册，执业机构为我省任一医疗卫生机构的护士，在注册有效期内其执业注册在全省行政区划内有效。

《护士执业证书》中记录的执业机构为主要执业机构。

**第六条** 护士执业应遵从《护士条例》等法律、法规、规章和诊疗技术规范的要求。

**第七条** 不在医疗卫生机构(含采供血机构、疾病预防控制机构、慢性病防治机构、计划生育技术服务机构，下同)护理相关岗位的人员不得申请护士执业注册。

**第八条** 首次申请注册、延续注册、重新注册、变更注册、注销注册、遗失补证均应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。

## 第二章 注册条件

**第九条** 申请护士执业注册，应当具备下列条件：

- （一）拟受聘于医疗卫生机构从事护理工作；
- （二）具有完全民事行为能力；

(三) 在中等职业学校、高等学校完成国务院教育主管部门规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习,包括在教学、综合医院(含中医医院、中西医结合医院,下同)完成8个月以上护理临床实习,并取得相应学历证书;

(四) 通过国家组织的护士执业资格考试;

(五) 符合《护士执业注册管理办法》规定的健康标准。

**第十条** 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。

### 第三章 首次注册

**第十一条** 申请护士执业首次注册,应当提交下列材料:

(一) 《广东省护士执业注册申请审核表》原件;

(二) 申请人身份证明(验原件交复印件);

(三) 申请人学历证书(验原件交复印件)及在教学、综合医院完成8个月护理(助产)临床实习的临床实习证明(验原件交复印件);

(四) 医疗卫生机构拟聘用护士或助产士岗位(不含助理护士、护理员岗位)的有效证明原件;

(五) 获准开展健康体检服务的医疗机构出具的申请人6个

月内的健康体检证明原件；

(六) 正面免冠白底彩色小两寸近照 2 张。

**第十二条** 卫生健康行政部门应当自受理申请之日起 12 个工作日内，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《护士执业证书》；对不符合本办法规定条件的，不予注册，并书面说明理由。

卫生健康行政部门对申请人提交的材料审核合格的，应当用《护士执业注册联网管理信息系统》打印《护士执业证书》，须在《护士执业证书》所设置位置粘贴照片。

**第十三条** 以下情形应同时提交在我省教学医院、二级及以上综合医院接受 3 个月临床护理(助产)培训并考核合格的证明：

(一) 自通过全国护士执业资格考试之日起超过 3 年申请首次注册的；

(二) 中断护理执业活动超过 3 年而申请重新注册的。

#### 第四章 延续注册

**第十四条** 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，向现注册部门申请延续注册。

**第十五条** 护士申请延续注册，应当提交下列材料：

(一) 《广东省护士执业注册申请审核表》；

(二) 申请人的《护士执业证书》；

(三) 获准开展健康体检服务的医疗机构出具的申请人6个月内的健康体检证明原件。

**第十六条** 注册部门自受理延续注册申请之日起12个工作日内进行审核。审核合格的，予以延续注册。

**第十七条** 有下列情形之一的，不予延续注册：

- (一) 不符合本办法第十条规定的健康标准的；
- (二) 被处暂停执业活动处罚期限尚未届满的。

## 第五章 重新注册

**第十八条** 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年的。

**第十九条** 重新申请注册时，按照本办法第十一条的规定提交材料（学历证书和实习证明不需提交）。

注册部门应当自受理之日起12个工作日内为其办理重新注册手续。

## 第六章 变更注册

**第二十条** 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。

但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、学术交流等活动）而变更主要执业机构的，不需要办理变更注册。

**第二十一条** 主要执业机构变更名称的，主要执业机构应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。

未办理集体变更的护士，申请变更注册时需提交当地卫生健康行政部门同意原执业机构变更名称的证明文件。

**第二十二条** 办理护士主要执业机构变更注册的，应提交下列材料：

- （一）《广东省护士执业注册申请审核表》；
- （二）申请人的《护士执业证书》。

注册部门应当自受理之日起7个工作日内为其办理变更手续。

## **第七章 注销注册**

**第二十三条** 护士执业注册后有下列情形之一的，应向注册部门申请办理注销执业注册：

- （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。

除（一）之外的情形，由其主要执业机构主动向注册部门提出注销申请。

**第二十四条** 申请办理护士注销执业注册，应当提交《广东省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》。

申请人所在医疗卫生机构主动申请办理护士注销执业注册的，应同时提交由公安部门、法院或医疗机构出具的证明材料。

护士注销注册的办理时限为即时办结。

## 第八章 遗失补证

**第二十五条** 遗失《护士执业证书》者，需申请补发《护士执业证书》。

**第二十六条** 护士申请补发《护士执业证书》，应当提交下列材料：

- （一）《广东省护士执业证书遗失补证申请审核表》；
- （二）申请人身份证明；
- （三）正面免冠白底彩色小两寸近照 2 张。

《护士执业证书》由现主要执业机构所在地的卫生健康行政部门给予补发。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。

注册部门应当自受理之日起 12 个工作日内为其办理遗失补

证手续。

## 第九章 附 则

**第二十七条** 护士注册后有下列情况之一的，其主要执业机构应自其办理相关手续 30 日内办理离岗迁出：

- (一) 主动离职；
- (二) 退休；
- (三) 被辞退、开除；
- (四) 省级卫生健康行政部门规定的其他情形。

**第二十八条** 《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。

**第二十九条** 注册部门要按照“一事一档”的原则建立护士注册纸质或电子档案，保管期限为永久。

**第三十条** 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，可以按本办法在我省申请护士执业注册。

**第三十一条** 在教学、综合医院完成护理（助产）临床实习、临床护理（助产）培训的具体要求另行制定。

**第三十二条** 本办法下列用语的含义：

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。

教学医院，是指依照《普通高等医学院校临床教学基地管理

暂行规定》的规定，经评审认定的普通高等医学院校临床教学基地。我省教学医院名单可在“广东卫生科教网”（<http://kj.medste.gd.cn>）查询。

综合医院、中医医院、中西医结合医院，是指依照《医疗机构管理条例》、《医疗机构基本标准》的规定，符合综合医院、中医医院、中西医结合医院基本标准的医院。

**第三十三条** 本办法自 2019 年 12 月 1 日起施行，有效期 5 年。《广东省卫生和计划生育委员会 广东省中医药局关于护士执业注册监督的管理办法（试行）》（粤卫〔2013〕79 号）同时废止。

- 附件：
- 1.广东省护士执业注册申请审核表
  - 2.广东省注销护士执业注册申请表
  - 3.广东省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
  - 5.广东省护士执业注册健康体检证明
  - 6.广东省护士执业注册临床实习证明
  - 7.广东省护士执业注册 3 个月培训及考核证明

附件 1

# 广东省护士执业注册 申请审核表

姓 名：\_\_\_\_\_

执业证书编号：\_\_\_\_\_

填表时间：\_\_\_\_\_年 月 日

广东省卫生健康委员会制

## 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 (近期小 2 寸)
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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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				
其他需要说明 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：		签字时间：          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：			
	印 章 年 月 日			
注册机关意 见	意见： <input type="checkbox"/> 准予注册          护士执业证书编号： _____ <input type="checkbox"/> 准予变更注册 <input type="checkbox"/> 准予延续注册 <input type="checkbox"/> 不准予注册			
	不准予注册理由：			
				印 章 年 月 日

附件 2

# 广东省注销护士执业注册 申请审核表

姓 名：\_\_\_\_\_

执业证书编号：\_\_\_\_\_

材 料 编 号：\_\_\_\_\_

广东省卫生健康委员会制

## 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。

## 广东省注销护士执业注册申请表

姓 名		性 别		年 龄		近期小 2 寸 近照
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： <input type="checkbox"/> 本人主动申请 <input type="checkbox"/> 注册有效期届满未延续注册 <input type="checkbox"/> 受吊销《护士执业证书》处罚 <input type="checkbox"/> 护士死亡或者丧失民事行为能力 <input type="checkbox"/> 受刑事处罚的  负责人签字： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     印 章                      年 月 日                 </div>					
注册机关 意见	意见： <input type="checkbox"/> 准予注销注册 <input type="checkbox"/> 不准予注销注册  不准予注册理由： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     印 章                      年 月 日                 </div>					

附件 3

# 广东省护士执业证书遗失 补证申请审核表

姓 名： \_\_\_\_\_

执业证书编号： \_\_\_\_\_

材 料 编 号： \_\_\_\_\_

广东省卫生健康委员会制

## 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。

## 广东省护士执业证书遗失补证申请审核表

姓 名		性 别		年 龄		近期小 2 寸 近照
身份证号号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					
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						
<p>申请补发理由：</p>    <p>申请人签字：_____ 签字日期： 年 月 日</p>						
<p>现执业机构意见：</p>   <p>法定代表人签名（章）：_____ 印 章</p> <p>年 月 日</p>						
<p>注册机关意见：</p>   <p style="text-align: right;">印 章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

附件 4

## 医疗卫生机构拟聘用人员证明

兹有\_\_\_\_\_为我院护理人员，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

附件 5

## 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:   签名:	
	矫正视力						
	眼 疾						
	色 觉						
耳 鼻 喉	听 力	左			右	医师意见:   签名:	
	耳 疾						
	鼻及鼻窦						
	嗅 觉						
	咽						
	喉						
内 科	呼吸	次 / 分	脉搏	次 / 分	血压	/ mmHg	医师意见:     签名:
	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							

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		
	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				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 style="text-align: center;">:</p> <p style="text-align: center;">医师签名：</p> <p>体检医院盖章： _____ 体检日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>				
执业机构意见	<p>负责人签名（章）： _____ 执业机构盖章： _____</p> <p style="text-align: right;">填表日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>				

附件 6

## 广东省护士执业注册临床实习证明

今有\_\_\_\_\_学校(护理/助产)专业\_\_\_\_\_年级\_\_\_\_\_班  
学生\_\_\_\_\_在我医院完成\_\_\_\_\_月临床实习。实习临床专科如  
下:

特此证明。

临床实习专科	实习时间(时间起止及周数)	证明人
内科	共 周	
外科	共 周	
妇科	共 周	
儿科	共 周	
其他:	共 周	

实习手册查验:

实习医院(签名盖章)

年 月 日

附件 7

## 广东省护士执业注册 3 个月临床护理（助产） 培训及考核证明

今有\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_）按照《广东省卫生健康委 广东省中医药局关于护士执业注册的管理办法》（粤卫规〔2019〕 号）第十三条要求，在我院进行 3 个月临床培训，时间自\_\_\_\_\_年 月 日至\_\_\_\_\_年 月 日止。

培训科室和时长如下：

科室名称	培训时长（周）	证明人（签字）

培训后考核结果：

特此证明。

培训及考核医院（盖章）

年 月 日



公开方式：主动公开

---

抄送：国家卫生健康委医政医管局。

---

广东省卫生健康委员会办公室

2019年10月21日印发

---

校对：医政医管处 谢意兰

(共印20份)

