



重庆市卫生健康委员会 关于印发《重庆市护士执业注册管理 实施办法》的通知

渝卫发〔2019〕44号

各区县（自治县）卫生健康委、两江新区社发局、万盛经开区卫生计生局，市卫生计生监督执法局，各委属医疗机构，市卫生服务中心，大型企事业单位职工医院：

《重庆市护士执业注册管理实施办法》已经市卫生健康委主任办公会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

重庆市卫生健康委员会

2019年9月18日

重庆市护士执业注册管理实施办法

第一章 总 则

第一条 为规范护士执业注册，根据《护士条例》（国务院令 第 517 号）、《护士执业管理办法》（卫生部令 第 59 号）、《重庆市人民政府关于取消和下放一批行政审批项目等事项的决定》（渝府发〔2013〕50 号）和《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 号）等文件要求，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，方可按照注册的执业地点从事护理工作。

第三条 护士执业注册包括首次注册、延续注册、变更注册、注销注册、重新注册等。

第四条 重庆市卫生健康委员会是全市医疗卫生机构护士执业注册的管理部门。

重庆市卫生健康委员会负责办理市级医疗卫生机构护士执

业注册；各区县（自治县，以下简称区县）卫生健康行政部门负责办理本行政区域（市级医疗卫生机构除外）护士执业注册。

第五条 医疗卫生机构是本机构护士执业的责任主体，要依法依规及时为本机构聘用的护士申请办理护士执业注册，确保在岗护士相关信息真实、准确、完整。

第六条 本市实行护士电子化注册管理。护士登录国家卫生健康委护士电子化注册信息系统，进行用户注册、身份认证并完善个人信息后方可办理护士执业注册相关事项。

第七条 《护士执业证书》应由本人妥善保管，不得出借、出租、抵押、转让和涂改。

第二章 首次注册

第八条 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）符合本办法第九条规定的健康标准。

第九条 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）无影响履行护士职责的疾病、残疾或者功能障碍。

第十条 申请首次注册，应当提交以下材料：

（一）《护士执业注册申请审核表》；

（二）申请人学历证书及专业学习中的临床实习证明；

（三）护士执业资格考试成绩合格证明；

（四）重庆市内二级及以上医院出具的申请人申请之日前 6 个月内健康体检证明；

（五）拟执业医疗卫生机构聘用（劳动）合同；

（六）6 个月内正面免冠白底彩色小 2 寸半身照 1 张。

第十一条 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，应当提交在重庆市卫生健康委员会指定的教学、综合医院接受 3 个月临床护理培训并考核合格的证明。

第十二条 护士首次注册的办理时限为 12 个工作日。注册主管部门对相关材料进行审核，对审核合格者予以注册并发放《护士执业证书》。对不符合条件的，依法作出不予许可的书面决定，应当说明理由。

第十三条 护士执业注册有效期为 5 年。

第三章 延续注册、变更注册

第十四条 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 日内申请办理延续注册。

第十五条 申请延续注册，应当提交以下材料：

- （一）《护士执业注册申请审核表》；
- （二）申请人的《护士执业证书》；
- （三）重庆市内二级及以上医院出具的申请人申请之日前 6 个月内健康体检证明。

第十六条 有下列情形之一的，不予延续注册：

- （一）不符合本办法第九条规定的健康标准的；
- （二）被处暂停执业活动处罚期限未了的。

第十七条 护士延续注册的办理时限为 12 个工作日。



第十八条 护士在其执业注册有效期内变更执业地点等注册项目，应当办理变更注册。

护士承担卫生健康行政部门交办、组织、批准的任务，或参加其注册执业机构开展的卫生支援、进修、学术交流活动，以及在其注册执业机构签订帮扶或者托管协议的医联体（包括跨区域医联体）内执业等，不需要办理变更注册。

第十九条 申请变更注册，应当提交以下材料：

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

第二十条 使用军人有效证件注册的护士，退役后变更注册到重庆市内医疗卫生机构的，由收到申请的注册主管部门负责在变更注册的同时，将军人有有效证件号码变更为居民身份证号码。

第二十一条 护士变更注册的办理时限为 7 个工作日。

第四章 注销注册、重新注册

第二十二条 护士执业注册后有下列情形之一的，由注册主管部门办理注销，并及时予以公示：

- （一）注册有效期届满未延续注册；

- (二) 受吊销《护士执业证书》处罚；
- (三) 死亡或者丧失民事行为能力；
- (四) 本人主动申请注销。

第二十三条 申请注销注册，应当提交以下材料：

- (一) 《重庆市护士执业注销注册申请审核表》；
- (二) 《护士执业证书》；
- (三) 符合第二十二条第二项情形的，提交处罚决定书；
- (四) 符合第二十二条第三项情形的，提交被注销人的《死亡证明书》或丧失民事行为能力证明。

第二十四条 护士注销注册的办理时限为 3 个工作日。

第二十五条 护士注册有效期届满未延续注册的，受吊销《护士执业证书》处罚满 2 年的人员，以及本人主动申请注销的，拟在医疗卫生机构执业时，应当重新申请注册。

第二十六条 重新注册的，按照本办法第十条规定提交材料。中断护理执业活动超过 3 年的，应当提交在重庆市卫生健康委员会指定的教学、综合医院接受 3 个月临床护理培训并考核合格的证明。

第二十七条 重新注册的办理时限为 12 个工作日。

第五章 证书补发、证书信息修改

第二十八条 在执业注册有效期内且执业地点在我市医疗卫生机构的护士，遗失或损坏《护士执业证书》的，应当申请证书补发。

第二十九条 申请证书补发，应当提交以下材料：

- （一）《重庆市护士执业证书补发申请审核表》；
- （二）6个月内正面免冠白底彩色小2寸半身照1张；
- （三）证书损坏的应当提交损坏的《护士执业证书》。

第三十条 证书补发的办理时限为3个工作日。

第三十一条 2008年《护士条例》实施前已执业注册，并已换发《护士执业证书》需要修改信息的，向重庆市卫生健康委员会行政审批服务大厅提出申请，填写《重庆市护士执业证书信息修改审核表》。证书信息修改的办理时限为3个工作日。

2008年以后经国家护士资格考试合格并注册取得《护士执业证书》需要修改信息的，向重庆市卫生服务中心提出申请，按程序报国家卫生人才交流中心修改。

第六章 监督管理

第三十二条 卫生健康行政部门负责护士执业注册，有下列情形之一的，由其上级卫生健康行政部门或者监察机关责令改正，对直接负责的主管人员或者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。

第三十三条 医疗卫生机构要依法依规进行护士执业注册，有下列情形之一的，依照有关法律法规给予处罚：

- （一）允许未取得护士执业证书的人员在本机构从事诊疗技术规范规定的护理活动的；
- （二）允许未依照本办法规定办理执业地点变更手续、延期执业注册有效期的护士在本机构从事诊疗技术规范规定的护理活动的。

第三十四条 护士执业注册申请人提交的申请材料应当真实有效。故意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护士执业注册，并给予警告；已经注册的，要及时纠正，撤销注册。

第三十五条 对符合注册条件的,卫生健康行政部门要按照规定办理护士注册。对不符合注册条件的,依法作出不予许可的书面决定,应当说明理由,并告知申请人享有依法申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

第七章 附则

第三十六条 在内地完成护理、助产士专业学习的香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区人员适用本办法。

第三十七条 本市采供血机构、疾病预防控制机构、计划生育技术服务机构护士适用本办法。

第三十八条 本办法自印发之日起施行。此前规定与本办法不一致的,按照本办法执行。《重庆市卫生局关于办理护士执业注册有关事宜的通知》(渝卫医〔2008〕134号)、《重庆市卫生局关于委托办理护士执业变更注册和延续注册有关事宜的通知》(渝卫医〔2011〕94号)同时废止。

- 附件: 1. 护士执业注册申请审核表
2. 重庆市护士执业注册临床实习证明



3. 重庆市护士执业注册健康体检表
4. 重庆市护士执业培训考核合格证明
5. 重庆市护士注销执业注册申请审核表
6. 重庆市护士执业证书补发申请审核表
7. 重庆市护士执业证书信息修改审核表

附件 1

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

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	☐ 是 ☐ 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				



重庆市卫生健康委员会行政规范性文件

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： ☐ 同意 ☐ 不同意 负责人签字： 印 章 年 月 日			
注册机关 意见	意见： ☐ 准予注册 护士执业证书编号：_____ ☐ 准予变更注册 ☐ 准予延续注册 ☐ 不准予注册 不准予注册理由： 印 章 年 月 日			

附件 2

重庆市护士执业注册临床实习证明

今有_____学校护理专业_____年级_____班学生
_____在我医院完成_____个月临床实习。实习临床专科如下：
特此证明。

临床实习科室	实习时间	证明人

单位负责人签名：

（公章）

年 月 日

附件 3

重庆市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:
	矫正视力							
	眼 疾							
	色 觉							签名:
耳 鼻 喉	听 力	左			右			医师意见:
	耳 疾							
	鼻及鼻窦							
	嗅 觉							签名:
	咽							
	喉							
口 腔	粘 膜							医师意见:
	牙及牙龈							
	舌							
内 科	呼吸	次 / 分	脉搏	次 / 分	血压	/	mmHg	医师意见:
	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							
								签名:



重庆市卫生健康委员会行政规范性文件

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		
	肛 门		生殖器		
	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		血型		检验师签名：
	尿常规				检验师签名：
体 检 结 果	结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果） 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 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 如 选 择 上 述 结 果 ② ③ ④ ⑤ 项 之 一 者 ， 请 具 体 说 明：_____ _____ 医师签名：_____ 体检日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 体检医院盖章：_____ _____ 填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日				
执 业 机 构 意 见	负责人签名：_____ 执业机构盖章：_____ _____ 填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日				

附件4



重庆市护士执业培训考核合格证明

姓名		性别		年龄		照片
工作单位						
培训单位			培训单位 级别			
培训时间	_____年____月____日至_____年____月____日					
培训工作经历（月考评）						
起止时间	科 室	月考成绩	考核结果	负责人	备 注	
培训单位 意见		负责人：				
		（公章） 年 月 日				

附件 5



重庆市护士注销执业注册

申请审核表

姓 名：_____

证书编号：_____

重庆市卫生健康委员会制

填表说明

1. 此表由护士填写。
2. 医疗卫生机构及时将符合注销注册条件的人员向注册机关报告并及时提交表格。
3. 注册机关经审核后,在护士执业注册联网管理信息系统(管理版)上予以确认。

护士注销执业注册申请表

姓名		性别		年龄	
身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□					
工作单位名称:					
邮政编码:			联系电话:		
执业证书编号:					
注册机关:					
注册有效期:					
申请注销原因:					
申请人签名:			年 月 日		
执业机构意见:					
负责人签名:			(盖章) 年 月 日		
注册机关意见:					
签名:			(盖章) 年 月 日		

附件 6

重庆市护士执业证书补发

申请审核表

申 请 人：_____

证书编号：_____

重庆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. 用钢笔或者签字笔填写，内容真实、完整，字迹清晰。
3. 表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

重庆市护士执业证书补发申请审核表

姓名		性别		年龄		照片
身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□						
工作单位名称：						
邮政编码：			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：						
申请人签名：						
年 月 日						
执业机构意见：						
负责人签名：						
(盖章)						
年 月 日						
注册机关意见：						
(盖章)						
年 月 日						

附件 7

重庆市护士执业证书信息修改审核表

姓 名		性 别	男 ☐ 女 ☐	照片
出生日期	年 月 日			
毕业学校				
专 业				
学 历				
身份证号码				
护士执业证书编码				
取得护士执业证书时间	□□□□年□□月□□日			
以上为修改前护士执业证书的个人基本信息！				
申请修改内容	姓名 ☐ 性别 ☐ 国家 ☐ 民族 ☐ 证件类型 ☐ 证件编号 ☐ 出生日期 ☐ 学历 ☐ 学位 ☐ 学制 ☐ 毕业学校 ☐ 毕业时间 ☐ 所学专业 ☐			
修改为				
修改原因	相关信息发生变化 ☐ 报名时填写错误 ☐ 其他 ☐			
修改原因 具体说明				
执业机构意见： 单位盖章		重庆市卫生健康委员会意见： 盖章		
负责人签名： 日期：		负责人签名： 日期：		

注：1. “□”内不能为空，“是”打“√”，“非”打“×”

2. 用蓝黑色或黑色钢笔、签字笔填写，不得涂改

3. 本表格用于 2008 年《护士条例》实施前已执业注册，并已换发护士执业证书的信息修改。