

河南省中医管理局文件

豫中医医政〔2018〕74号

河南省中医管理局关于做好中医医疗机构 医疗美容主诊医师备案工作的通知

各省辖市、直管县（市）卫生计生委（中医药管理局）、省直中医医疗机构：

按照《中华人民共和国中医药法》、国家卫生计生委《关于加强医疗美容主诊医师管理有关问题的通知》（国卫医发〔2017〕16号）要求，现将我省中医医疗机构美容主诊医师备案工作安排如下：

一、各级中医医疗机构应严格按照《医疗美容服务管理办法》（卫生部令第19号）第十一条相关规定核定美容主诊医师专业，并向登记机关提交《医疗美容主诊医师专业备案表》（见

附件)，负责实施医疗美容项目的主诊医师必须同时具备下列条件：

(一) 具有执业医师资格，经执业医师注册机关注册；

(二) 具有从事相关临床学科工作经历。其中，负责实施美容外科项目的应具有6年以上从事美容外科或整形外科等相关专业临床工作经历；负责实施美容牙科项目的应具有5年以上从事美容牙科或口腔科专业临床工作经历；负责实施美容中医科和美容皮肤科项目的应分别具有3年以上从事中医专业和皮肤病专业临床工作经历；

中医类别执业医师从事美容外科、美容口腔、美容皮肤科专业的，应满足上述专业从事年限。

(三) 经过医疗美容专业培训或进修并合格，或已从事医疗美容临床工作1年以上；

二、医师应通过主要执业机构办理医疗美容主诊医师专业审核。

三、各级卫生计生（中医）行政部门要高度重视医疗美容主诊医师管理工作，加强政策解释和宣传，开展医疗美容的中医医疗机构，要统一做好本机构符合条件医师的美容主诊医师信息核实、录入、公示等工作。负责接受备案的卫生计生（中医）行政部门按原国家卫生计生委《关于加强医疗美容主诊医师管理有关问题的通知》（国卫医发〔2017〕16号）规定对符合条件的

医师进行备案、管理和定期考核工作。

附件：医疗美容主诊医师专业备案表



附 件

受理编号：_____

医疗美容主诊医师专业备案表

拟备案人员：_____

医疗机构名称：_____

医疗机构联系人：_____

医疗机构联系方式：_____

河南省中医管理局

办理须知

一、申请条件

《医疗美容服务管理办法》(卫生部令第19号)第十一条:负责实施医疗美容项目的主诊医师必须同时具备下列条件:

(一)具有执业医师资格,经执业医师注册机关注册;

(二)具有从事相关临床学科工作经历。其中,负责实施美容外科项目的应具有6年以上从事“美容外科”或“整形外科”等相关专业临床工作经历;负责实施美容牙科项目的应具有5年以上“美容牙科”或“口腔科”专业临床工作经历;负责实施美容中医科和美容皮肤科项目的应分别具有3年以上从事“中医”专业和“皮肤病”专业临床工作经历;

在中医医疗机构执业,注册为中医专业1、中医专业2、中医专业3、针灸专业、中西医结合专业1、中西医结合专业2、中西医结合专业3的中医(中西医结合)执业医师可备案美容中医科专业。

(三)经过医疗美容专业培训或进修并合格,或已从事医疗美容临床工作1年以上。

二、需提供的材料清单(所有复印件均需加盖单位公章)

- 1、《医疗美容主诊医师专业备案表》2份;
- 2、医疗机构执业许可证副本复印件1份;
- 3、备案医师身份证原件及复印件1份;
- 4、《医师资格证书》原件及复印件1份;
- 5、《医师执业证书》原件及复印件1份;
- 6、医疗美容专业培训或进修合格证原件及复印件1份。

三、填写要求

请用手机打印或钢笔填写,字迹清楚,不得涂改、空项。内容要实事求是,填报有虚假者,责任自负。

	姓名		性别		手机号	
	出生日期	年 月 日		专业技术职务任职资格		
	身份证号				健康状况	
	医师资格类别	临床 <input type="checkbox"/> 中医 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 公共卫生 <input type="checkbox"/>				
医师资格证书编码			医师执业证书编码			
负责实施的美容项目（勾选）	美容外科 <input type="checkbox"/> 美容牙科 <input type="checkbox"/> 美容中医科 <input type="checkbox"/> 美容皮肤科 <input type="checkbox"/>					
何时何地因何原因受过何种处罚或处分						
其他需要说明的问题						
个人 执 业 经 历	起止时间	执业机构		执业范围		注册机关

注：同时申请多人可将本页复制使用。个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

证 明

我单位 xxx (医师资格证书编码: _____ 医师执业证书编
码: _____), ****年**月**日-****年**月**日, 在*****医院***科从
事*****工作, 具有____年以上从事(美容外科/整形外科/牙科/口腔科/中医/皮肤
病)专业临床工作经历, 于****年**月**日-****年**月**日, 在*****医院进行
(医疗美容专业培训/进修)并经*****考核合格(或者: 于****年**月**日-****年
月日, 在*****医院***科从事医疗美容临床工作****年)。

以上提交材料真实合法有效, 并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假,
愿意承担相应的法律责任。

