

湖南省卫生健康委员会 湖南省中医药管理局 文件

湘卫医发〔2025〕1号

湖南省卫生健康委 湖南省中医药局 关于印发《湖南省护士执业注册管理办法》 的通知

各市州卫生健康委，委直属和联系医疗机构：

根据国家卫生健康委2021年修订的《护士执业注册管理办法》，省卫生健康委、省中医药局对《湖南省护士执业注册管理规定》（详见湘卫医发〔2019〕7号文件）进行了修订，形成了《湖南省护士执业注册管理办法》。现予印发，请遵照执行。



（信息公开形式：主动公开）



湖南省护士执业注册管理实施办法

第一章 总 则

第一条 为规范全省护士执业注册管理，根据《护士条例》、国家卫生健康委《护士执业注册管理办法》等文件精神，制定本实施办法。

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。

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 省卫生健康委、省中医药管理局负责全省护士执业注册监督管理工作。

县级以上卫生健康行政部门是护士执业注册行政许可的实施机关，负责本行政区域的护士执业注册监督管理工作。

第四条 依托国家护士管理信息系统，实施护士电子化注册管理。

第二章 注册条件和内容

第五条 申请护士执业注册，应当具备以下条件：

(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）符合下列健康标准：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。

第六条 申请护士执业注册，应由拟执业医疗卫生机构审核后，再向批准设立拟执业医疗机构或者为该医疗机构备案的卫生健康行政部门提出申请。

第七条 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。

第八条 《护士执业证书》上应当注明护士的姓名、性别、出生日期、身份证号码等个人信息及证书编号、注册日期和执业地点。医疗卫生机构是本机构护士执业注册的责任主体，应依法依规开展护士执业注册和电子证照申领工作，确保本机构护理岗位执业护士信息真实、准确。

《护士执业证书》由国家卫生健康委统一印制。

第三章 首次注册

第九条 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》（见附件1）；

（二）申请人身份证明复印件；

（三）近6个月内2寸白底免冠正面半身照片。

委托他人办理的，应提交代办人身份证明、申请人签署的授权委托书原件（其他委托办理要求，下同）。

第十条 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，还应当提交注册实施机关开具的《湖南省护士执业注册培训通知单》（见附件 4）及在我省二级（含二级）甲等及以上教学、综合医院接受 3 个月临床护理培训并考核合格的《湖南省护士执业注册培训考核合格证明》（见附件 5），其培训机构由注册实施机关根据当事人申请依法依规确定。

第十一条 护士首次注册办理时限为 10 个工作日。

注册实施机关对提交材料进行审核，对符合规定条件的，予以注册并发放《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。

第四章 延续注册

第十二条 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。

第十三条 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《护士执业证书》。

第十四条 有下列情形之一，不予延续注册：

（一）不符合本办法第五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。

第十五条 护士延续注册办理时限为 5 个工作日。

第五章 变更注册

第十六条 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批准的卫生支援、进修、学术交流活动，以及从事执业机构派出的上门护理服务和在与其注册执业机构签订帮扶或托管协议的医疗卫生机构内执业等，不需办理变更注册。

第十七条 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《护士执业证书》。

第十八条 护士变更注册办理时限为 5 个工作日。

第十九条 护士跨省、自治区、直辖市变更执业地点的，通过国家护士注册管理信息系统线上通报。

第六章 注销注册

第二十条 护士执业注册后有下列情形之一，由现执业机构注册实施机关办理注销注册：

- (一) 注册有效期届满未延续注册的；
- (二) 受吊销《护士执业证书》处罚的；
- (三) 死亡的；
- (四) 丧失民事行为能力的；
- (五) 本人主动申请的。

除(五)之外的情形，由其执业机构向注册实施机关提出注

销申请，并提供相关佐证材料。

由本人提出注销申请的，需向注册实施机关提交《湖南省护士注销注册申请审核表》和申请人身份证明复印件、《护士执业证书》。

第二十一条 护士注销注册办理时限为即时办结。

第七章 重新注册

第二十二条 有下列情形之一，拟在医疗卫生机构从事护理工作的，应当重新申请护士执业注册：

- (一) 注册有效期届满未延续注册的；
- (二) 离岗迁出已办理注销注册的；
- (三) 中断护理执业活动超过 3 年的；
- (四) 受吊销《护士执业证书》行政处罚，自处罚决定实行之日起满 2 年的。

第二十三条 重新申请注册的，应当提交以下材料：

- (一) 《护士执业注册申请审核表》；
- (二) 申请人身份证明复印件；
- (三) 近 6 个月内 2 寸白底免冠正面半身照片；
- (四) 申请人《护士执业证书》（已吊销证书者不需提供）；
- (五) 符合第二十二条第（三）情形的，需提交有关部门出具的吊销《护士执业证书》行政处罚相关材料。

第二十四条 中断护理执业活动超过 3 年的，需提交注册实施机关开具的培训通知单及在我省二级（含二级）甲等及以上教

学、综合医院接受 3 个月临床护理培训并考核合格的证明。

第二十五条 重新注册办理时限为 10 个工作日。

第八章 遗失补证

第二十六条 在执业注册有效期内且现执业地点在我省医疗卫生机构的护士，遗失（或损坏）其《护士执业证书》的，应向现执业地注册实施机关申请遗失补证。

第二十七条 申请遗失补证，应当提交以下材料：

- （一）《湖南省护士执业证书遗失补证申请表》（见附件 3）；**
- （二）申请人身份证明复印件；**
- （三）近 6 个月内 2 寸白底正面免冠半身照片。**

第二十八条 遗失补证办理时限为即时办结。

第九章 离岗迁出

第二十九条 护士执业注册后有下列情形之一，其注册执业机构应自其办理相关手续 30 日内办理离岗迁出：

- （一）调离（包括在本机构内调离护理岗位）、退休、退职的；**
- （二）辞职、辞退、开除的。**

第十章 监管和责任追究

第三十条 各级卫生健康行政部门要按照权限履行监管职责，构建卫生健康主管部门监管、行业自律、社会参与的综合监管体系，加强对护士执业注册管理工作的事前事中事后监管。

第三十一条 各级卫生健康行政部门要全面掌握护士执业

动态，定期核查护士执业信息，保证信息准确、有效。

第三十二条 注册实施机关要向社会公开护士执业注册的政策法规、审批条件、办理流程、办理时限、申请材料、监督方式等办事指南，畅通咨询和投诉渠道，主动接受群众监督。

第三十三条 对符合注册条件的，注册实施机关要按照规定办理注册手续。对不符合注册条件的，注册实施机关应在办理时限内通知申请人，并书面告知不准予注册理由。申请人如有异议的，可以依法申请行政复议或者向人民法院提起行政诉讼。

第三十四条 有下列情形之一，其上级主管部门应责令改正，对直接负责的主管人员或者其他直接责任人员依法依规给予行政处分：

- (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。

第三十五条 申请人或者医疗卫生机构隐瞒有关情况或者提供虚假材料、医疗卫生机构为不在本机构工作的护士申请护士执业注册的，按照《护士条例》《护士执业注册管理办法》等法律法规予以处理。

第三十六条 《护士执业证书》由本人妥善保管，不得出借、出租、抵押、转让、涂改和损毁。

第十一章 附 则

第三十七条 医疗卫生机构可以为本机构执业护士集体办理护士执业注册和延续注册。

第三十八条 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，符合本实施办法的，可以申请护士执业注册。

第三十九条 采供血机构、疾病预防控制机构、120急救中心（站）护士的执业注册适用本实施办法。

第四十条 注册实施机关要按照“一事一管”的原则建立护士注册纸质档案或电子档案，保存期限为永久。

第四十一条 从军队、武警系统医疗卫生机构变更到我省地方医疗卫生机构工作的护士，其执业变更注册依照有关规定办理。

第四十二条 本办法下列用语的含义：

教学医院，是指与中等职业学校、高等学校有承担护理临床实习任务的合同关系，并能够按照护理临床实习教学计划完成教学任务的医院。

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

本办法自公布之日起实施，有效期五年。

- 附件：1. 护士执业注册申请审核表
2. 湖南省护士注销注册申请审核表
3. 湖南省护士执业证书遗失补证申请表
4. 湖南省护士执业注册培训通知单
5. 湖南省护士执业注册培训考核合格证明

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 6 个月内 2 寸白底正面免冠半身照。

姓 名		性 别		近 6 个月内 2 寸 白底正面免冠 半身照片
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	<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： <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

湖南省护士注销注册申请审核表

姓 名		性 别	
年龄		身份证号码	
执业证书编号		联系电话	
执业机构名称			
注册机关			
注册有效期			
注销原因	<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"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 丧失民事行为能力 <input type="checkbox"/> 本人主动申请 <input type="checkbox"/> 法律法规规定的其他情形 ()		
	护理部负责人签名： 年 月 日		
执业机构意见	执业机构主要负责人： 印 章 年 月 日		
注册机关意见	审批人： 印 章 年 月 日		

附件 3

湖南省护士执业证书遗失补证申请表

姓名		性别		近6个月内2寸 白底正面免冠半 身照片
年龄		出生日期		
工作单位名称		身份证号码		
联系电话		邮政编码		
通讯地址				
注册机关				
执业证书编号				
注册有效期				
申请理由				
	申请人签名：	年	月	日
执业机构意见	负责人：_____ 印 章 年 月 日			
发证机关意见	负责人：_____ 印 章 年 月 日			

附件 4

湖南省护士执业注册培训通知单

医院：

兹有_____同志，通过全国护士执业资格考试超过3年/中断护理执业活动超过3年，现申请护士执业注册/重新注册。根据《护士条例》和《护士执业注册管理办法》的有关规定，现根据当事人申请依法依规确定其在你院接受临床护理培训_____个月，培训时间从_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。请你院按照《护士执业注册管理办法》的有关规定和医务人员进修培训的有关要求进行管理和考核，并出具《湖南省护士执业注册培训考核合格证明》。

(盖章)

年 月 日

附件 5

湖南省护士执业注册培训考核合格证明

姓名		性 别		近 6 个月内 2 寸白底 正面免冠半身照片 (培训医院加盖骑 缝章)
出生年月		民族		
毕业学校				
学 历		所学专业		
身份证号码				
护士执业证书编号				
拟工作单位				
中断护士执业活动的起 始时间				
培训医院名称				
培训范围				
培训起止时间				
培训考核结果	培训医院 (盖章)： 考核日期： 年 月 日			

湖南省卫生健康委员会办公室

2025年1月26日印发

校对：贺咏梅