“我要办理乡村兽医登记证”“一件事一次办”服务规程

“我要办理乡村兽医登记证”

“一件事一次办”服务规程

一、事项名称

我要办理乡村兽医登记证

1. 服务对象

自然人

三、适用范围

邵阳市、各县市区区域范围内

四、涉及事项

乡村兽医登记证

1. 所涉情形

（一）取得中等以上兽医、畜牧（畜牧兽医）、中兽医（民族兽医）或水产养殖专业学历的；

（二）取得中级以上动物疫病防治员、水生动物病害防治员职业技能鉴定证书的；

（三）在乡村从事动物诊疗服务连续5年以上的；

1. 经县级人民政府兽医主管部门培训合格的。

六、须办证照

乡村医师执业证书（重新核发）

七、审批决定机构

农业农村局。

八、申请条件

参加乡村医生本土化培训，取得毕业证，且乡村医生执业资格考试成绩合格的，可申请首次注册。乡村医师执业证书5年有效期满后拟继续执业的，申请再注册。

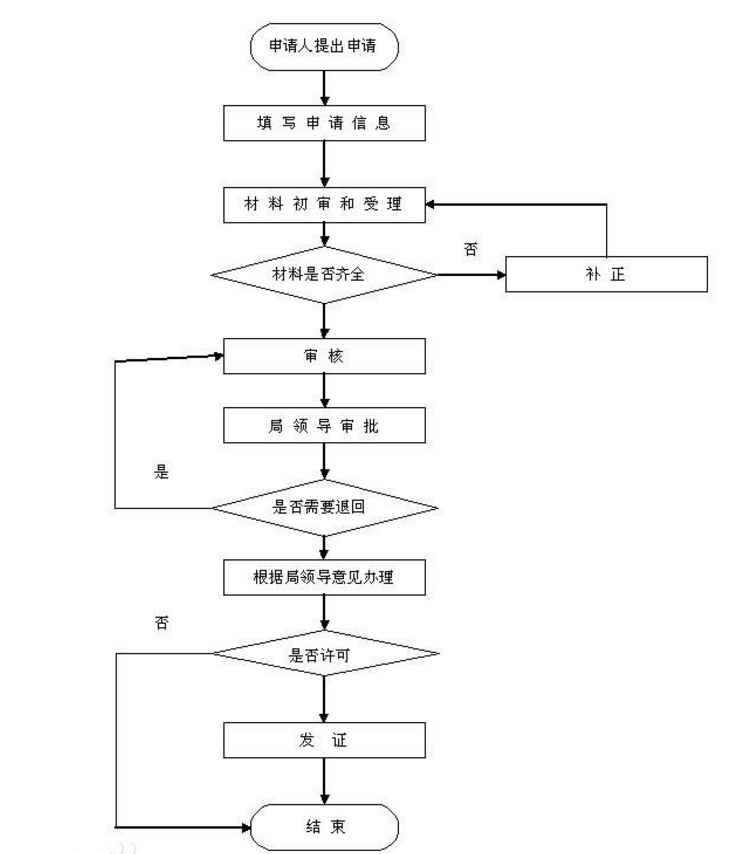
九、材料清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请材料 | 材料来源 | 份数 | 各类情形 | 材料要求 |
| 1 | 《乡村兽医登记申请表》 | 行政机关 | 1 |  |  |
| 2 | 身份证 | 申请人提交 | 2 |  | 原件（1）复印件（1） |
| 3 | 学历证明、职业技能鉴定证书、培训合格证书或者乡镇动物防疫检疫站出具的从业年限证明（四者选一） | 申请人提交 | 2 |  | 原件（1）复印件（1） |
| 4 | 近期申请人相片 | 申请人提交 | 2 |  |  |

十、办理流程

**“乡村兽医登记证”“一件事一次办”流程图**

（办理时限：15个工作日）



十一、办理说明

（一）乡村医生向所在乡镇卫生院提交申请材料，乡镇卫生院对所交资料进行收集、初审并签署审查意见，由乡镇卫生院将辖区内乡村医生申请统一提交。

（二）原则上年满60周岁的，不再继续聘用到村卫生室工作。（如年满60周岁，身体健康，能胜任本职工作的，本着自愿原则，可继续聘用在村卫生室工作）

（三）有下列情形之一的，不予再注册：

（1）不具有完全民事行为能力的；

（2）受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请执业注册之日止不满2年的；

（3）受吊销《乡村医生执业证书》行政处罚，自处罚决定之日起至申请执业注册之日止不满2年的；

（4）患严重疾病如传染病、精神病等，身体健康状况不适宜或者不能胜任医疗、预防保健业务工作的；

十二、办结时限

5个工作日（不含培训、公示、上级部门审核时间）

十三、收费标准及依据

不收费

十四、办公地点

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 中心名称 | 中 心 地 址 | 咨询电话 |
| 1 | 市 政 务 中 心 | 邵阳市双清区邵阳大道八一路政务服务中心 | 0739-5367067 |
| 2 | 大祥区政务中心 | 邵阳市大祥区西湖路国土大厦 | 0739-5396466 |
| 3 | 双清区政务中心 | 双清区陶家冲社区大楼三楼 | 0739-5158516 |
| 4 | 北塔区政务中心 | 邵阳市北塔区云山路6号北塔区政务服务中心 | 0739-5169909 |
| 5 | 经开区政务中心 | 邵阳市经开区邵阳大道与财神路交汇处 | 0739-5286583 |
| 6 | 邵东市政务中心 | 邵东市金龙大道655号 | 0739-2721335 |
| 7 | 新邵县政务中心 | 新邵县酿溪镇资码街 | 0739-3606428 |
| 8 | 邵阳县政务中心 | 邵阳县塘渡口镇振羽新区碧水绿苑商住1号楼 | 0739-6834107 |
| 9 | 武冈市政务中心 | 武冈市法相岩街道春光路春光大桥旁工业园办公楼 | 0739-4225008 |
| 10 | 城步县政务中心 | 城步苗族自治县行政中心1栋 | 0739-7369731 |
| 11 | 新宁县政务中心 | 新宁县金石镇大兴路92号原农机局内 | 0739-4823641 |
| 12 | 隆回县政务中心 | 隆回县桃花坪街道桃洪东路496号 | 0739-8242461 |
| 13 | 绥宁县政务中心 | 绥宁县中心街1号 | 0739-7601240 |
| **14** | **洞口县政务中心** | **洞口县华荣路与梨园路交叉口东100米** | **0739-7235601** |

十五、办理时间

法定工作日，上午9:00-12:00， 下午13:30-17:00

十六、咨询监督电话

监督电话：0739-12345

十七、结果送达

送达方式：窗口现场领取

湖南省乡村医生执业注册申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 照片 | |
| 学 历 |  | 年 龄 | |  |
| 从事乡村  医生年限 |  | 家庭住址 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 原执业机构名称  （含地址） |  | | | 原执业证  书编码 | |  |
| 拟执业机构名称及地址（含地址） |  | | | 联系电话 | |  |
| 拟执业机构登  记号或信息代码 |  | | | | | |
| 2014年以来参加培训考核情况 |  | | | | | |
| 所属行政  村委会意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 所属乡（镇）  卫生院意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 县级卫健行政  部门审核意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 市州级卫健行政  部门复核意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 注册机关意见 | 注册有效期至 年 月 日。    年 月 日  （盖章） | | | | | |

申请人（盖章）： 经办人（盖章）：

湖南省乡村医生执业再注册申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 照片 | |
| 学 历 |  | 年 龄 | |  |
| 从事乡村  医生年限 |  | 家庭住址 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 原执业机构名称  （含地址） |  | | | 原执业证  书编码 | |  |
| 拟执业机构名称及地址（含地址） |  | | | 联系电话 | |  |
| 拟执业机构登  记号或信息代码 |  | | | | | |
| 2014年以来参加培训考核情况 |  | | | | | |
| 所属行政  村委会意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 所属乡（镇）  卫生院意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 县级卫健行政  部门审核意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 市州级卫健行政  部门复核意见 | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 注册机关意见 | 注册有效期至 年 月 日。    年 月 日  （盖章） | | | | | |

申请人（盖章）： 经办人（盖章）：