

山东省卫生健康委员会

鲁卫函〔2023〕177号

山东省卫生健康委员会 关于进一步加强医师资格考试合格考生 信息修改管理工作的通知

各市卫生健康委：

为进一步加强医师资格信息的维护和管理，提高信息修改效率和准确性，根据《关于加强医师资格考试合格考生信息修改管理工作的通知》（卫办医政发〔2010〕1号）和《国家医学考试中心关于进一步规范医师资格考试合格考生信息修改工作的通知》（国医考发〔2013〕36号），现就有关事项通知如下：

一、修改范围

通过国家医师资格考试取得医师资格证的医师，可申请修改医师资格信息中的姓名、性别、出生日期、学历、毕业学校、专业、身份证号和证书编码，其他信息均不得修改。

二、申请材料

医师申请修改医师资格信息，需提供以下材料：

（一）填写《医师资格考试合格考生信息修改审核表》（附

件 1) 一式二份, 如果同时修改助理医师资格信息和执业医师资格信息, 每项资格信息修改表填写 2 份。

(二) 身份证原件及复印件 2 份 (原件经市卫生健康委审核后交还)。

(三) 医师资格证原件及复印件 2 份 (原件经市卫生健康委审核后交还)。

(四) 报考时毕业证原件及复印件 2 份 (原件经市卫生健康委审核后交还)。

(五) 中专或大专学历的医师, 申请修改执业医师资格信息的, 需提供电子化注册系统中的助理医师信息截图。

(六) 医师申请修改姓名或性别的, 除第 (一) 至第 (五) 项材料外, 还需提供:

1. 修改原因为报考时录入错误的 (例如同音不同字等), 由报名地的市卫生健康委出具录错证明原件 (正式红头文件加盖单位公章) 及复印件 2 份。

2. 修改原因为申请人更名且更名晚于获取医师资格证书时间的, 需提供户口本曾用名证明或户籍所在地县级以上公安机关户籍部门出具的更名证明原件及复印件 2 份 (原件经市卫生健康委审核后交还)。

(七) 医师申请修改身份证号信息的, 除第 (一) 至第 (五) 项材料外, 还需提供:

1. 修改原因为报考时录入错误的, 由报名地的市卫生健康

委出具录错证明原件（正式红头文件加盖单位公章）及复印件 2 份。

2. 修改原因为身份证号信息变化的，需要提供《公民身份证号码更正证明》或《公民重复户口注销证明》等户籍所在地县级以上公安机关户籍部门出具的有效证明原件及复印件 2 份（原件经市卫生健康委审核后交还）。

3. 医师审核表、准考证或医师资格考试成绩单等佐证材料。

（八）医师申请修改毕业院校、学历或专业信息的，除第（一）至第（五）项材料外，还需提供：

1. 修改原因为报考时录入错误的，由报名地的市卫生健康委出具录错证明原件（正式红头文件加盖单位公章）及复印件 2 份。

2. 申请修改学历、专业的，需提供授予医师审核表，学历、专业只允许修改为报考时的学历、专业。

（九）医师申请补录医师资格信息的，除第（一）至第（五）项材料外，还需提供授予医师审核表、准考证或医师资格考试成绩单等佐证材料。

（十）各市卫生健康委规定的其他证明材料。

三、审核流程

（一）申请修改信息的医师按照信息修改材料要求，向考试报名地的市卫生健康委提交相关材料。

（二）市卫生健康委收到医师资格考试考生信息修改材料

后，严格审核信息修改材料，经市卫生健康委分管负责同志同意并在《医师资格考试合格考生信息修改审核表》（附件1）上签字，加盖单位公章，于每年3月、9月第一周汇总（附件2）后，将申报材料一并报送至省卫生健康委。

（三）省卫生健康委将材料上报国家医学考试中心审核，信息修改后，由医师或市卫生健康委工作人员携原《医师资格证书》原件前往省卫生健康委，在原《医师资格证书》上进行相应信息修改，并加盖省卫生健康委印章，不予换发新的《医师资格证书》。

四、审核要求

（一）修改后的医师资格信息中的身份信息应当与身份证上的身份信息一致。

（二）公安机关户籍部门出具的证明材料，如有手写内容，应在手写处或修改处加盖公章，否则将认定手写内容为无效。

（三）因国籍原因导致的身份证号信息修改需市级及以上卫生健康行政部门逐级书面请示。

（四）各市卫生健康委要对所有提交的材料原件真实性和报名考试资格认真审核，不符合当年报考资格而取得医师资格证的，应依法撤销医师资格证书。

（五）各市卫生健康委要提高审核质量，仔细核对提交材料，确保汇总表和审核表内容一致，避免出现报送的修改材料不符合修改条件或材料不符合要求的情况。我委将定期通报审

核后不符合修改要求的材料。

联系人：刘海旭

联系方式：0531-51765919

邮寄地址：省卫生健康委员会医疗管理服务中心 610 办公室（济南市历下区燕东新路 6 号）

- 附件：1. 医师资格考试合格考生信息修改审核表
2. 医师资格考试合格考生信息修改汇总表
3. 医师资格考试报名暨授予医师资格申请表



（信息公开形式：主动公开）

附件 1

医师资格考试合格考生信息修改审核表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>		(近 6 月免冠 2 寸彩色证件照)
出生日期	□□□□年□□月□□日				
毕业学校					
专业	专业	学历			
身份证号					
准考证号					
医师资格证书编码					
取得医师资格证书时间	□□□□年□□月□□日				
以上为修改前医师资格信息!					
申请修改内容	姓名 <input type="checkbox"/>		性别 <input type="checkbox"/>	出生日期 <input type="checkbox"/>	身份证号 <input type="checkbox"/>
	毕业学校 <input type="checkbox"/>		专业 <input type="checkbox"/>	学历 <input type="checkbox"/>	证书编码 <input type="checkbox"/>
修改为					
修改原因	医师相关信息发生变化 <input type="checkbox"/>		录(导)入医师资格信息时发生错误 <input type="checkbox"/>		
修改原因 具体说明					
执业医疗机构机构意见: 信息核对无误, 同意修改。(盖章) 主要负责人签名: _____ 日期: _____ 年 月 日			考试报名所在考点的市卫生健康委审核意见: 经审核, 符合规定, 同意修改。(盖章) 分管领导签字: _____ 日期: _____ 年 月 日		
省卫生健康委审核意见: 经审核, 符合规定, 同意修改。 负责人签字: _____ 日期: _____ 年 月 日					

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。

附件 3

医师资格考试报名暨授予医师资格申请表

报名编号	考区	考点	类别	序列号	
考区： 代码：	考点： 代码：				
姓名：	性别：				
证件类型：	民族：				
证件编号：	出生日期：				
国籍：					
报考学历： 学制：	学习形式：				
毕业学校：					
毕业专业：					
毕业年月：		毕业证书编码：			
在岗情况：		工作单位所在行政区域：			
工作单位机构代码：		工作单位名称：			
机构类别：		单位隶属：			
联系地址：					
邮政编码：		单位电话：			
家庭电话（或小灵通）：		手机：			
报考类别：		代码：			
获得执业助理医师资格证书年月：		执业助理医师执业证书登记号：			
如考试成绩合格是否申请授予所报考的医师资格： 是 否					
本人签字： 年 月 日					
本人承诺：					
1、 以上所填写信息全部真实。					
2、 了解并遵守《医师资格考试违规处理规定》。					
本人签字： 年 月 日					
考点经办人审查意见：		考区复审意见：			
经办人签名： 考点负责人签名：		经办人签名： 考区盖章：			
地或设区的市卫生局盖章：					
年 月 日		年 月 日			

注：1、 考试合格考生填写的本表连同省级卫生行政部门授予医师资格的证明文件一并存考生人事档案

2、 本人签字的由考生本人亲笔填写。否则，所产生的一切后果由考生本人负责。