

## 小程序登录



## 小程序填写要求：以线下科普申请为例

< 线下科普

申报人基本信息

\* 姓名

\* 身份证号码

\* 性别

\* 年龄

\* 联系电话

\* 电子邮件

\* 所在医院（省市区+医院全称）

北京市 市辖区 东城区

请填写所在医院全称



## 线下科普开展信息

2/4

### \* 实施要求

组织线下科普活动，每场不低于40分钟，参与人数不低于20人；活动需要配备≥1名专业医务人员 注：项目将为通过申请的线下科普活动，提供易拉宝、海报、横幅宣传物料（由基金会制作邮寄）

### \* 计划开展时间

请选择未来5-60天内的日期（格式：年月日时分）

线下科普需要盖章，请预留出盖章时间

### \* 总课时数（1节40分钟以上）

请选择总课时数

副高及以下，如每月申请次数达到4次，每次申请不超2课时；正高，每月申请总课时数不超5课时

### \* 实施地点

请输入详细地址（省/市/区街道/门牌号或xx医院）

### \* 计划主题

请填写计划主题 与课件PPT主题名字要一致

### \* 覆盖人数

20

线下科普参与人数不低于20人  
线上科普参与人数不低于30人  
科普视频播放量不低于100

### 物料需求



## 线下科普



\* 计划主题

\* 覆盖人数

20

物料需求

请选择物料需求

根据需求自行选择



\* 简要概述科普内容和方式（还可输入500字）

请填写简要概述科普内容和方式（500字以内）

科普内容介绍不少于200字

注：如需海报或易拉宝，请将画面文字内容写在下方，包含课程简介、讲师简介、具体活动时间（例如1月2日8:00-9:00）、活动地点。如不需要海报或易拉宝，写清楚科普内容和方式即可。

上一页

下一页



## 经办人信息

3/4

\* 经办人姓名

(如经办人是申请人本人，请填写申请人姓名)

\* 经办人联系电话

(如经办人是申请人本人，请填写申请人电话)

上一页

下一页

注意：经办人为活动联系人



附件信息

4/4

\* 申请人身份证（正反面）



申请人（讲师）身份证正反面照片

\* 申请人执业证书、职务及职称等有效证明资料



1. 执业证书：带最新证书编码、执业地点等信息，且在有效期内的  
2. 如有高级职称证书请提供

\* 活动实施医院简介（图片或DPF格式）

tmp\_ba284aae754699da6e3f5f64a... 删除

活动在哪里开展，上传哪里的简介（同样也是盖章单位简介） 上传

\* 授课PPT（PDF格式）

tmp\_a21034118349a89bc1569b3a... 删除

授课PPT总页数应与申请课时相匹配，如申请1课时，课件页数应在20-30页左右，申请2课时，课件页数应在30-40页左右，以此类推

\* 勾选 视为同意以下信息



下科普已填报，待传签章附件



申请表已生成pdf附件，请下载并打印完整的申请表后签字、盖章处理再上传

撤回重填

下载申请表附件

下载申请表，并签字、盖章



上传签字、盖章后的附件  
PDF格式不超过500kb

注：请将签章附件单张清晰扫描，合并为 PDF 后再提交哦~

个人中心

提交审核



线下科普已填报，待传签章附件



申请表已生成pdf附件，请下载并打印完整的申请表后签字、盖章处理再上传

撤回重填

下载申请表附件

申请表签字盖章后，注意单张清晰扫描，形成带有2个页面的1份PDF文件再上传



上传签字、盖章后的附件  
PDF格式不超过500kb

注：请将签章附件单张清晰扫描，合并为PDF后再提交哦~

PDF Gallery\_20260211\_111934...

删除

个人中心

提交审核

点“提交审核”视为申请资料已提交，审核分为初审和复审，审核时间从提交审核之日起约5个工作日，请预留出审核时间，线下科普如需物料，还需预留出物料制作和邮寄时间

## 申请表注意事项

### 线下科普申请表注意事项

单位意见	(是否同意申请)			
	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">1. 必须盖章 2. 必须将日期填写完整</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">(盖章) 年 月 日</div>			
	经办人	活动联系人名字	联系电话	活动联系人电话
个人承诺书	<p><b>1.</b>本人确认已经向本人所在医疗卫生机构申报并获同意，可以使用职务身份（包括各类医疗专业委员会职务）进行健康知识科普。</p> <p><b>2.</b>本人确保提供给中国人口福利基金会的申请材料及相关信息是真实、正确、完整的，不含任何虚假信息；中国人口福利基金会及其指定的第三方有权使用本人提交的任何资料和个人信息，包括姓名、肖像、照片、简历、授课资料、影音材料等。</p> <p><b>3.</b>本人明确知晓本人应承担的法律义务，对违反上述承诺的行为，依法承担相应的法律责任。</p>			
	申请人签字		申请时间	年 月 日
附件：（附表格后）				
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">申请人（讲师）名字，必须手写</div>				
1. 申请人身份证（正反面）；				
2. 申请人执业证书、职务及职称等有效证明资料；				
3. 申请人所在医院简介；				
4. 授课 PPT。				

## 科普视频和线上科普申请表注意事项

单位意见	(是否同意申请)			
	(盖章)			
	年 月 日			
	经办人	活动联系人名字	联系电话	活动联系人电话
<p>如因各类原因所在医院无法盖章，需要确认以下内容并签字。 本人确认已经向本人所在医疗卫生机构申报并获同意，可以使用职务身份（包括各类医疗专业委员会职务）进行健康知识科普。</p>				
	申请人签字	申请人（讲师）名字，必须手写		
个人承诺书	<p><b>1.</b> 本人确保提供给中国人口福利基金会的申请材料及相关信息是真实、正确、完整的，不含任何虚假信息；中国人口福利基金会及其指定的第三方有权使用本人提交的任何资料和个人信息，包括姓名、肖像、照片、简历、授课资料、影音材料等。</p> <p><b>2.</b> 本人明确知晓本人应承担的法律义务，对违反上述承诺的行为，依法承担相应的法律责任。</p>			
	申请人签字		申请时间	年 月 日
<p>附件：（附表格后）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申请人身份证（正反面）；</li> <li>2. 申请人执业证书、职务及职称等有效证明资料；</li> <li>3. 申请人所在医院简介；</li> <li>4. 已录制完成的科普视频（MP4版本）。</li> </ol>				

# 医师执业证书示例1

## 医师执业证书

姓名: [REDACTED]

性别: [REDACTED]

出生年月: [REDACTED]



执业级别: 执业医师

执业类别: 临床

执业范围: 儿科专业

任职资格: 医师

证书编码: [REDACTED]

执业地点: [REDACTED]

主要执业机构: [REDACTED]



签发机关 [REDACTED]

签发日期 [REDACTED]

## 医师执业证书示例2

依照《中华人民共和国执业医师法》及有关规定，经审核合格，予以注册，发给执业医师执业证书。



姓名: [blacked out]  
性别: [blacked out]  
出生日期: [blacked out]  
医师资格: [blacked out]  
证书编码: [blacked out]  
执业地点: [blacked out]  
执业类别: 临床  
执业范围: 儿科专业  
身份证号: [blacked out]

### 变更注册记录

新证书编码: [blacked out]  
变更项目: 主要执业机构变更  
变更日期: [blacked out]  
批准机关: [blacked out]

变更项目: [blacked out]  
变更日期: [blacked out]  
批准机关: [blacked out] (盖章)

## 护士执业证书示例1

### 护士执业证书

姓名: [REDACTED]

性别: [REDACTED]

出生年月: [REDACTED]

执业地点: [REDACTED]

技术职称: [REDACTED]

护士执业证书编号: [REDACTED]

注册有效期至: [REDACTED]



签发机关 [REDACTED]

签发日期 [REDACTED]



## 护士执业证书示例2

姓名 [REDACTED]

出生日期 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日

性别 [REDACTED] 国籍 [REDACTED]

执业地点 [REDACTED]

护士执业证书编号 [REDACTED]


身份证号 [REDACTED]

首次注册

注册日期: [REDACTED]

注册有效期至: [REDACTED]

[REDACTED] 机关印



## 职称证书示例

# 省高级职称证书

本证书表明持证人具有相应学术技术水平和专业能力

姓名: [REDACTED]

性别: [REDACTED]

从事专业: [REDACTED]

系列(专业)名称: [REDACTED]

资格名称: [REDACTED]

评审时间: [REDACTED]

评审委员会: [REDACTED]

身份证号: [REDACTED]

证书编号: [REDACTED]

公布文号: [REDACTED]

证书查询: [REDACTED] 省专业技术人员管理服务平台

在线验证码: [REDACTED]



核准公布部门(章)

公布日期: [REDACTED]



# 执业证书官网查询

网站导航: 中文 | 英文

请输入关键字

## 中华人民共和国国家卫生健康委员会

National Health Commission of the People's Republic of China

### 聚焦两会

### 学习贯彻党的二十届四中全会精神

点击进入

### 学习宣传贯彻《习近平关于健康中国论述摘编》

点击进入>

十四届全国人大四次会议在京开幕 习近平等在主席台就座

[新华社] 中共中央政治局召开会议 中共中央总书记习近平主持会议

[新

第1步

第2步

第3步

信息查询 卫生标准

机构信息查询 卫生人员信息查询 产前诊断技术医疗机构

执业医师 执业护士

政务大厅

服务

互动

## 医师执业证书官网查询截图

- 1、查询数据截止到2026年3月15日22时；
- 2、信息数据结果以各省、自治区、直辖市卫生健康委数据为准；
- 3、凌晨1点至凌晨5点系统进行维护，不能提供查询。

姓名：	██████████	性别：	█
医师级别：	执业医师	执业类别：	█
执业地点：	██████████	执业证书编码：	██████████
主要执业机构：	██████████		
执业范围：	儿科专业		
发证(批准)机关：	██████████		

### 多机构备案信息：

机构名称	有效期	备案机关
暂无数据		

# 护士执业证书官网查询截图



## 护士执业注册信息查询



\* 所在省份:

\* 护士姓名:

\* 所在医疗机构:

\* 验证码: 

请顺序点击【它，人，都，使】

1、查询数据截止到2026年3月15日22时；  
2、信息数据结果以各省、自治区、直辖市卫生健康委数据为准；  
3、凌晨1点至凌晨5点系统进行维护，不能提供查询。

所有查询条件为必填项；  
姓名：请输入全名；  
医疗机构名称：至少输入机构名称中连续的4个字即可模糊查询。比如：医疗机构名称为“中国医学科学院北京协和医院”，输入“协和医院”即可。

姓名	性别	证书编码	所在医疗机构	发证(注册)机关
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

