日照市中医医院2024年

中医（全科）住院医师规范化培训预招生简章

日照市中医医院是山东中医药大学非直属附属医院，国家级中医（全科）住院医师规范化培训基地，现就做好2023年度日照市中医医院中医住院医师规范化培训学员招录工作有关事宜通知如下：

一、招录计划

2024年度计划招生18名学员，其中中医15人,中医全科3人。基层医疗卫生机构(乡镇卫生院、社区卫生服务机构)从事中医类专业岗位的医师，建议报考中医全科医师培训。

二、招录范围和对象

（一）拟从事中医临床医疗工作的中医学类（含中西医结合类）专业本科及以上学历毕业生；

（二）已从事中医临床医疗工作并获得执业医师资格，需要接受培训的人员；

（三）其他需要接受培训的人员。

三、培训年限与形式

培训时间为一般为3年（不少于33个月），培训学科按照国家中医药管理局统一规定执行。

四、招生录取

招生工作按照报名、资格审核、考试录取、公示报到等程序进行,择优录取。

## （一）报名时间

## 预报名：预报名时间自2024年6月19日开始，请扫描下面二维码填写预报名信息。

 

正式报名：按照山东省卫生健康委要求进行，预计八月中上旬。

## （二）资格审核提报材料：

（1）《中医住院医师规范化培训报名表》（附件1）纸质版2份、《中医住院医师规范化培训学员基本信息表》（附件2）纸质版1份（单位委派学员需盖单位公章）。

（2）近期一寸免冠红底正面彩照2张（命名方式：姓名+报考专业+手机号码）。

（3）本科毕业证、学士学位证原件及复印件，专升本的学员同时提供专科阶段学历证书原件及复印件。

（4）研究生报名须同时提供本科及硕(博)士毕业证、学位证原件及复印件。

（5）已取得国家医师资格证书者需提交医师资格证、医师执业证（已完成执业注册）原件及复印件。

（6）本人身份证原件及复印件。

（7）单位委派学员除提交上述报名材料之外，还需提供加盖医院公章的单位介绍信原件(附件3)和签订的“劳动合同”或“聘用合同”复印件1份。

（8）社会人身份的培训对象需提供用本人身份证号查询的社会保障信息打印页。

（9）港澳学习、留学归国人员报名需要提供教育部中国留学服务中心出具的学历、学位认证书复印件1份。

纸质材料报到时收取，原件返回，材料不全者不接受报名。

五、培训待遇

1.学员培训期间与培训基地签订相关协议，依照国家及省中医药管理局相关标准享受相关待遇。

2.单位委派学员待遇：根据国家和山东省中医住院医师规范化培训相关规定,单位委培学员培训期间其工资关系和社会保障及工资福利待遇等仍由原工作单位承担。基地为符合标准的中医学员每人每月发放2500元补助，就餐条件享受本院职工同等待遇，中医全科、中医儿科等紧缺专业学员每年另发5000元紧缺专业补助。

3.社会化学员待遇：基地为符合标准的社会化学员每人每月发放3000元补助，提供500元/月社会保险金资助，中医全科、中医儿科等紧缺专业学员每年另发5000元补助，就餐条件享受本院职工同等待遇，统一购买人身意外保险。

4.以上待遇按考勤及每月考核情况发放，考核不合格的学员不予发放以上各项补助。

5.为非市区单位委派学员及社会化学员提供住宿，宿舍配有空调、暖气、热水器及独立卫生间。

6.对取得执业医师资格的，经考核能独立值班的第二阶段的外单位规培人员及社会化学员参照实践基地人员发放绩效。

7.每年度评选优秀规培学员予以奖励1000元/人。

8.符合条件的住培学员在规定年限内可申请参加执业医师资格考试。住培学员完成培训，并通过住院医师规范化培训结业考核，可获得国家颁发的《中医住院医师规范化培训合格证书》。培养结束未能取得《中医住院医生规范化培训合格证书》者，由本人申请，基地同意可延长培养期限，顺延期间所有费用由住培学员自行承担，不享受培养津贴、住宿及其他生活保障等。

9.其他待遇：婚育等待遇参照本院职工相关管理规定细则执行。

六、注意事项

（一）新招收的培训学员按录取通知要求到基地报到并开始在培训基地接受培训。不能按时报到者，须有正当理由和相关证明材料，及时向培训基地请假，并在报到后顺延相应培训时间。无故逾期2周不报到者，取消2024年培训资格。

（二）依据相关规定建立住院医师规范化培训诚信制度，报名时提交的报考材料必须真实、准确，提供虚假报名材料或材料不符的，故意隐瞒单位人身份的，一经查实，即取消报考资格和培训资格。对录取后无故不报到或报到后无故自行退出者，将记入诚信档案，按照山东省卫生健康委员会的相关规定3年内不得报名参加住院医师规范化培训。

（三）以单位委培学员身份报考的人员，培训专业应与从事的临床专业一致。

七、联系方式

招录期间请保持通讯畅通并及时关注我院官方网站。

联系人：焦老师 丁老师

联系电话：0633-8290161，0633-8290550

附件：1.[日照市中医医院中医住院医师规范化培训报名表](%E4%B8%B4%E6%B2%82%E5%B8%82%E4%B8%AD%E5%8C%BB%E5%8C%BB%E9%99%A2%E4%B8%AD%E5%8C%BB%E4%BD%8F%E9%99%A2%E5%8C%BB%E5%B8%88%E8%A7%84%E8%8C%83%E5%8C%96%E5%9F%B9%E8%AE%AD%E6%8A%A5%E5%90%8D%E8%A1%A8.doc)

2.[日照市中医医院中医住院医师规范化培训学员基本信息表](%E4%B8%B4%E6%B2%82%E5%B8%82%E4%B8%AD%E5%8C%BB%E5%8C%BB%E9%99%A2%E4%B8%AD%E5%8C%BB%E4%BD%8F%E9%99%A2%E5%8C%BB%E5%B8%88%E8%A7%84%E8%8C%83%E5%8C%96%E5%9F%B9%E8%AE%AD%E5%AD%A6%E5%91%98%E5%9F%BA%E6%9C%AC%E4%BF%A1%E6%81%AF%E8%A1%A8.xls)

3.单位介绍信模板

日照市中医医院

2024年6月6日

附件1

[日照市中医医院中医住院医师规范化培训报名表](%E4%B8%B4%E6%B2%82%E5%B8%82%E4%B8%AD%E5%8C%BB%E5%8C%BB%E9%99%A2%E4%B8%AD%E5%8C%BB%E4%BD%8F%E9%99%A2%E5%8C%BB%E5%B8%88%E8%A7%84%E8%8C%83%E5%8C%96%E5%9F%B9%E8%AE%AD%E6%8A%A5%E5%90%8D%E8%A1%A8.doc)

 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 粘贴2寸彩色近期免冠照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 所学专业 |  | 现从事岗位名称 |  |
| 报考专业类别 | □中医专业 □中医全科专业  |
| 报考方式 | □个人 □单位 |
| 医师资格证书编号 |  | 资格证书发证日期 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 工作经历 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 派送单位意见（单位人填写）：单位负责人签字： 单位公章 年 月 日 |
| 培训基地意见（基地填写）： 单位公章 年 月 日 |

注：此表一式两份，所在市卫健委和培训基地各保存一份。

|  |
| --- |
| **附件2**日照市中医医院中医住院医师规范化培训学员基本信息表 |
| 所在区（市）或单位（盖章）：　　　　　　　　 　填表人：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |
| **姓名** | **性别** | **出生年月** | **民族** | **身份证号码****（若为其他证件，需注明）** | **联系方式** | **毕业院校及专业** | **毕业****时间（XX年XX月）** | **最高****学历** | **身份来源（单位人/社会人）** | **派出单位****（限“单位人”填写）** | **培训类别（中医科/中医全科** | **培训专业** | **医师资格（是/否）** | **医师资格证书编号** | **医师执业证书编号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、出生年月栏样式为198901；2、毕业时间为XX年XX月。

附件3

单位介绍信模板

日照市中医医院住院医师规范化培训基地：

兹有我院职工 （身份证号码： ）需参加住院医师规范化培训且符合报名条件，我院同意其到贵基地进行住院医师规范化培训，并确保其遵照国家省市要求按时完成培训任务。培训专业类别为（请选择：中医/中医全科），请贵部门予以办理规培招录报名手续。

谢谢！

单位盖章 年 月 日

|  |
| --- |
|  |
| 日照市中医医院办公室 2023年7月13日印发 |