**常州市第二人民医院**

 **补充招录2020年度住院医师规范化培训学员的公告**

南京医科大学附属常州第二人民医院是三级甲等综合医院，全院有两千八百余名卫技人员，开放床位2200张；是首批江苏省全科医生规范化培养基地。2013年评为江苏省全科医生规范化培养示范临床基地，2014年评为江苏省首批国家住院医师规范化培训基地。我院师资力量雄厚，教学资源丰富，并有配置齐全、设施一流的临床技能训练中心。根据《国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发〔2013〕56号）文件精神及省卫健委相关要求，结合前期我院招录情况，现决定补充招收2020年度住院医生规范化培训学员。现将有关事项公告如下：

**一、招录对象**

     高等院校临床医学、全科医学专业全日制本科及以上学历学位的**社会化学员**及**单位委托培训学员**。

 1、**社会化学员**是指经国家卫健委认定的国家住院医师规范化培训基地，面向社会招收，符合培训要求并通过招收考核后，进入培训基地参加住院医师规范化培训的人员。

 2、**单位委托培训学员**是指在外单位就业后，因工作单位无法进行住院医师规范化培训而向培训基地申请委托培养，符合培训要求并通过招收考核后，进入培训基地参加住院医师规范化培训的人员。

**二、招录条件**

 **1、基本条件**

（1）拥有中华人民国国籍，享有公民政治权利。拥护党的路线、方针、政策。

（2）热爱全科医学，希望从事全科医疗工作者优先。

（3）身心健康，能胜任住院医师规范化培训的临床学习和工作。

（4）入院时具备学历、学位双证书。

（5）本科生年龄原则上不超过30周岁（1990年8月31日以后出生），研究生年龄原则上不超过35周岁（1985年8月31日以后出生）。

**2、其他条件：**

 社会化学员目前无工作单位，毕业专业与报考专业一致；单位委托培训学员需已入职委托单位且委托单位同意该学员参加我院住院医师规范化培训。

**三、招录专业**

全科医学科、儿科、妇产科、急诊科、口腔医学科、内科、神经内科、放射科、眼科、耳鼻咽喉科、病理科、医学检验科、超声医学科、精神科、神经外科、胸外科、泌尿外科。

**四、报名**

　　（一）报名方式、时间、地点

报名方式：1.电子邮件报名：发送报名表格至14490183@qq.com（名称注明2020年度住培学员补充招录）

2. 现场报名：常州市第二人民医院阳湖院区科教科

报名时间：2020年11月1日-11月10日

（二）报名资格审查

报考者报名时须提供：

1、《常州市第二人民医院住院医师规范化培训报名表》一份（见附件）；

2、简历一份；

3、身份证原件及复印件一份；

4、近期正面免冠二寸照片2张；

 5、毕业生就业推荐表、成绩单原件及复印件一份（往届生需同时提供毕业证书及学位证书）；

6、英语、计算机等级考试合格证书原件及复印件一份。

7、获奖证书原件及复印件一份。

8、委托培训学员需携带原单位介绍信。

（三）报名费及考试费全免

**五、考试**

具体考试方式由**笔试、面试**两部分组成，各占总分50%，总成绩100分。考试时间初步定于11月中旬，时间和地点另行通知。

**六、录取及体检**

　　面试和临床技能考试结束后，根据成绩，拟招收人数从高分到低分确定参加体检人员，并参照《国家公务员录用体检通用标准（试行）》，因体检不合格缺额逐一递补。对体检合格人员，由医院与其签订相应培训合同，并办理有关手续。

**七、相关规定及待遇**

  1、住院医师规范化培训一般为期三年，医院按照国家卫生计生委对发布的培训标准，制定培训计划和轮转方案。培训结束后，需参加国家卫生计生委统一组织的考试，合格者方可取得国家卫生计生委颁发的《住院医师规范化培训合格证书》。

  2、培训期间，医院与培训对象签订培训协议，培训期限为合同期限。培训对象依法参加并享有养老、医疗、等社会保障。培训期间，两年内未通过执业医师者，终止其参加住院医师规范化培养训，解除培训协议。培训期间社会化学员享受国家、省、市补贴，同时参照我院同类住培学员发放基本工资和绩效奖励。委托培训学员基本工资由原单位发放，培训期内，参照我院同类住培学员发放绩效奖励。

   3、培训期间可根据个人意愿终止培训，但须提前一个月书面申请，培训基地审核并达成谅解方可退出培训。培训结束后，培训协议自然终止，培训对象自主择业**，**同时也可参照《南京医科大学临床医学和口腔医学专业学位研究生教育与江苏省住院医师规范化培训双向接轨试行办法》和《江苏省住院医师规范化培训一阶段人员申请南京医科大学临床医学和口腔医学硕士专业学位实施细则》的相关文件，**申请临床医学硕士专业学位。**

   4、除法律法规和政策规定的原因外，需要延长培训期限的，须由本人申请，培训医院同意，延长期内只签订培训协议，不再享受津贴和社会保障待遇，但可免除培训费。

**八、招收政策咨询电话**

招收政策咨询电话：0519-81087655或0519-81087654

联系人：汪薇青老师

**九、招生监督**

   常州市第二人民医院纪委：0519-88120506

 常州市第二人民医院

 住院医师规范化培训基地

 2020年11月1日

附件一：

2020年常州二院住院医师规范化培训补充招录学员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 政治面貌 |  | 二寸免冠彩照 |
| 性别 |  | 籍贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 民族 |  | 健康状况 |  | 既往病史 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 是否应届毕业 |  |
| 英语水平 |  | 计算水平 |  | 所学专业 |  |
| 有无执业医 |  | 执业证编号 |  |
| 毕业学校 |  | 毕业时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 培训专科志愿 |  |
| 家庭住址 |  | 邮编 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 电话 |  | E-mail |  |
| 学习及工作经历（完整填写自高中至今日的学习工作经历） |
| 年月至年月 | 单位 | 简要说明事项 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 学习/工作期间所受奖励 |  |
| 是否需要医院提供宿舍 | 是（　）　否（　） |
| 申请人意见 | 本人志愿参加住院医师培训，并遵守培训协议与合同；保证上述填写事项直实可靠，如有虚假，本人愿意承担一切责任和后果。签名：　　　　　　日期： |

附件二：

|  |  |
| --- | --- |
| **医院住院医师规范化培训名单（2020）（委培学员）** |  |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **毕业学校** | **所学专业** | **岗位** | **毕业时间** | **学历** | **学位** | **学位类型** | **来我院工作时间** | **培训年限** | **培训医院** | **职称** | **电话** | **是否住宿** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 13 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |