**江苏省住院医师规范化培养徐州市口腔医院基地**

**2014年度住院医师培训社会化学员招生简章**

住院医师规范化培训是国家医师培养制度的重要组成部分，也是医学生成长为临床医师的特有阶段，更是国际通行的临床医师培养基本制度，对提高临床医师的实际诊治水平、保障人民健康具有十分重要的意义。

徐州市口腔医院（三级口腔医院）暨徐州医学院附属徐州口腔医院，南京医科大学教学医院，为“江苏省第五批住院医师规范化培训基地”，承担着全省口腔专科医师培训工作。自2013年起我院将开始面向社会招收具有口腔医学专业学士学位以上的毕业生，进行口腔专科医师规范化培养。现将2014年度招收有关事项公告如下。

一、培训目标

按卫计委住院医生培训相应学科培养标准进行三年规范化培训；培训结束后，规培基地学员参加卫生局组织的统一考试，考核合格者颁发卫计委住院医师规范化培训合格证书。

二、报考条件

（一）、社会化招生基本条件

1、具有中华人民共和国国籍，享有公民的政治权利；坚持四项基本原则，遵纪守法，拥护党的路线、方针、政策。

2、品行端正，团结同志。

3、身心健康，具有住院医师规范化培养的学习能力，并能胜任住院医师岗位工作能力。

4、英语水平达到全国大学生英语等级考试四级。

5、具备本科及以上学历、医学学士、硕士学位双证书；

6、自愿参加社会化住院医师规范培训。

7、年龄一般不超过30周岁（1984年8月31日以后出生）

（二）、单位委托培训招生基本条件

我院接受各级医院的委托，规范化培养在职口腔专科医师。

1、具有中华人民共和国国籍，享有公民的政治权利；坚持四项基本原则，遵纪守法，拥护党的路线、方针、政策。

2、品行端正，团结同志。

3、身心健康，具有住院医师规范化培养的学习能力，并能胜任住院医师岗位工作能力。

4、具有一定的英语水平。

5、医科大学本学历毕业证书；

6、单位推荐、个人自愿参加社会化住院医师规范培训。

7、年龄一般不超过30周岁（1984年8月31日以后出生）

三、报名

（一）、报名时间、地点

报名时间：2014年7月1日至2014年7月31日

报名地点：徐州市口腔医院科教科（行政楼3楼）

联系人：刘宗响科长，电话18952175280

胡薇， 电话：051685866012

（二）、报名注意事项及资格审查

报考者报名时须提供①《2014年度住院医师规范化培训社会化学员报名登记表》一份（见附件）；②简历一份；③身份证原件及复印件一份；④二寸照片2张；⑤毕业生就业推荐表、成绩单原件及复印件一份；⑥英语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。

参加委托培训口腔医师的学员，填写《2014年度住院医师规范化培训在职学员报名登记表》；个人报名参加培训的医师学员，填写《2014年度住院医师规范化培训社会化学员报名登记表》。

四、招生考试

考试方式以面试为主，侧重于临床专业知识、基本技能的应用和综合素质。报名时收取每人100元报名、考试成本费，面试具体时间和地点另行通知。

五、录取

笔试、面试和临床技能考试结束后，根据成绩，按培训岗位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）》择优录取。

对体检合格人员，由医院培养基地与其签订相应培训合同，并办理有关手续。

六、相关规定及待遇

（一）录取学员的人事档案由省（市）人才服务中心代理。

（二）学员培训期间与培训医院签订培训协议，将其纳入本院住院医师统一管理。

（三）符合条件的学员在规定年限内可申请参加执业医师资格考试、职称评审（考试）及相应临床医学专业学位申请。

（四）培训基地医院根据有关规定，结合培训实际情况（培训考核与出勤），按月为学员提供助学金。

（五）学员完成培训经全省统一考试合格者，可获得相应专科《住院医师规范化培训合格证书》。

（六）培训结束后，学员与培训医院的培训关系自然解除。学员持《住院医师规范化培训合格证书》自主择业。

（七）培训期间，学员住宿自理，每月伙食补助100元，生活补贴1000元/月。培训期间取得执业医师证书并在医院注册后，生活费1200元/月，奖金和本院医师同等待遇。

七、招生政策咨询电话

科教科：0516－85866012，联系人：胡薇

二O一四年六月三十日

**附件1：徐州市口腔医院招收2014年度社会化住院医师培训学员计划表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **招收单位** | **培训科目** | **招收人数** | **专业** | **资格条件** |
| **徐州市口腔医院** | **口腔医学** | **10** | **口腔医学专业** | **详见报考条件** |

**附件2：**

**2014年度住院医师规范化培训社会化学员报名登记表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | | | | | | | | | | | | 性别 | | |  | | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | | | （贴照片处） | | |
| 政治面貌 |  | | | | | | | | | | | | 民族 | | |  | | | | 健康状况  （既往病史） | | | | |  | | | | | | |
| 身份证号 |  | | |  |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | | |  | |  | |  |
| 外语水平 |  | | | | | | | | | | | | 计算机应用能力 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | | | | | | | | 手机 | | | | |  | |
| **报名情况** | 是否自愿参加社会化住院医师培训 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 报考培训阶段类别 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 报考培训专业类别 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 是否服从调配 | | | | | | | | | |  | | | | |
| **教育情况** | 入学日期 | | | 毕业日期 | | | | | | | 学校名称 | | | | | | | | | | 专业 | | | | | | | | | | 学历 | | | | 学位 |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  |
| **家 庭 情 况** | 关系 | | 姓名 | | | | | | | | 教育程度 | | | | | | | | 现居住地及工作单位 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **在学校期间所经历的社会工作、任职及获奖情况** | 时间 | | | | | | | 社会工作及任职情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 获奖情况 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **承诺** | **我承诺以上信息真实可靠。**  签字： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**附件3：**

**2014年度住院医师规范化培训在职学员报名登记表**

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 情 况** | 姓名 |  | | | | | | | 性别 | | | | |  | | | | | 出生年月 | | | |  | | | | | | （贴照片处） | |
| 政治面貌 |  | | | | | | | 民族 | | | | |  | | | | | 健康状况  （既往病史） | | | |  | | | | | |
| 毕业时间 |  | | | | | | | 所学专业 | | | |  | | | | | 是否取得  执业医师 | | | | | | |  | | | |
| 身份证号 |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 单位电话 | | | | | | | |  | |
| 单位通讯地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | | | | | | 手机 | | | | | | |  | | | | | | | |
| **报名情况** | 是否自愿参加社会化住院医师培训 | | | | | | | |  | | | | 报考培训阶段类别 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 报考培训专业类别 | | | | | | |  | | | | | 是否服从调配 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **家 庭 情 况** | 关系 | | 姓名 | | | | | | 教育程度 | | | | | | | 现居住地及工作单位 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **工作、任职及获奖情况** | 时间 | | | | | | 工作及任职情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | 获奖情况 | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **承诺** | **我承诺以上信息真实可靠。**  签字： 日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |