**上饶市人民医院2019年住院医师规范化**

**培训招收简章**

上饶市人民医院始建于1940年，经过79年的深厚积淀，现已发展成上饶市唯一一所集医疗、教学、科研、预防、保健急救和康复于一体的公立三级甲等综合医院。2014年被国家卫生计生委、国家中医药管理局认定为第一批住院医师规范化培训基地。根据《国家卫生计生委办公厅关于印发住院医师规范化培训招收实施办法（试行）的通知》精神，现制定上饶市人民医院2019年住院医师规范化培训招收简章。具体如下：

**一、招收对象**

1、拟从事临床医疗工作的高等院校医学类专业（指临床医学类、口腔医学类）本科及以上学历毕业生。

2、已从事临床医疗工作并取得执业医师资格证书，需要接受培训的人员（已取得临床、口腔专业中级及以上职称的医师不需要参加住院医师规范化培训）。

**二、招收专业及人数：（合计79人）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 专业 | 计划数 | 专业 | 计划数 |
| 全科 | 20(含全科定向生） | 妇产科 | 5 |
| 儿科 | 3 | 外科 | 5 |
| 内科 | 15 | 外科（神经外科方向） | 1 |
| 神经内科 | 3 | 骨科 | 4 |
| 急诊科 | 2 | 耳鼻咽喉科 | 2 |
| 放射肿瘤科 | 2 | 麻醉科 | 4 |
| 超声医学科 | 3 | 放射科 | 3 |
| 检验医学科 | 2 | 口腔全科 | 2 |
| 精神科 | 3（上饶市第三人民医院） | | |

**注：根据实际报名情况，各专业招生人数可进行调剂。**

1. **报名时间：**即日起至2019年8月10（具体截止时间以省卫健委通知为准）

**四、报名需提供材料**

1、住院医师规范化培训申请表；

2、身份证；

3、学历和学位证书；

**五、报名流程**

(一)住培基地预报名2019年4月20日－7月30日

预报名方式：

1、填写住院医师规范化培训申请表发送至srsyykjk@163.com.

2、现场报名：携带填写好的住院医师规范化培训申请表、身份证、毕业证、学位证，取得执医证的请带上执医证到科教科（门诊7楼）进行预报名。

（二）江西省住培管理信息系统网上报名

报名时间及方法待定，住培基地将电话通知预报名学员。

（三）资格审核和基地考录

医院负责对报考本基地学员的资格审查和考试考核，认真核对学员上传的资格证明材料与原件是否一致,重点查验学历证书、执业医师资格证书等。住培基地坚持公平公正、双向选择、择优录取的原则，根据考生志愿顺序、考试考核结果进行网上录取。预录取的学员名单在江西省住培管理信息系统上予以公示。

录取及公示待定。

**六、体检**

拟录用的社会学员体检按《公务员体检标准》执行。

**七、录用**

经资格审查符合报名条件的经医院研究决定同意录用的依据国家《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》和医院签署培训协议。对于单位委派的培训对象，由医院、委派单位和培训对象三方签订委托培训协议。同等条件下先报名者予以优先录用。

**八、学员待遇**

所有住院医师规范化培训学员，培训期间由我基地将其纳入本院住院医师统一管理，本单位职工人事档案由我院人事科保管，委托培养人员人事档案由其所在单位管理。社会人人事档案由委托的相关人才交流中心机构管理

1、社会培训学员和医院签署培训协议后医院按聘用人员同等待遇给予办理医保和社保等相关社会保障。

2、学员补助:①中央财政补助1667元/月；②省财政补助按省卫健委文件精神发放；③医院补助:第一年每月1000元、第二年每月1200元、第三年每月1400元，另外给儿科、全科、麻醉科、妇产科、精神科5个紧缺专业的住培学员每月增加200元生活补助。

3、福利待遇：中餐补助286元/月，夜班费、工会等相关福利待遇按本院职工标准发放。

4、培训期间取得执业医师资格证并在我院注册的享受50%平均奖励性绩效。

5、解决部分学员住宿，自行解决住宿者按国家标准每年发放1000元住宿补贴。

培训学员结业后取得国家《住院医师规范化培训合格证》且表现优秀者如医院有人才需求的情况下从中择优录用。

联系电话：0793-8100136（市人民医院科教科）

上饶市人民医院

2019年6月10日

**上饶市人民医院住院医师规范化培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生日期 | | 年 月 日 | | | 一寸  彩色  近照 |
| 学 历 | |  | | 学 位 | |  | | 民 族 | |  | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | | 毕业时间 | |  | | |
| 专 业 | |  | | 英语水平 | |  | | 健康状况 | |  | | |
| 政治面貌 | |  | | 婚姻状况 | |  | | 家庭住址 | |  | | | |
| 有何特长 | |  | | | | | | 身份证号 | |  | | | |
| 本人联系  方式 | | 联系电话： 电子邮箱： | | | | | | | | | | | |
| 家庭联系  方式 | | 联 系 人： 联系电话： | | | | | | | | | | | |
| 应届 毕业生 | | □是 □ 否 | | | 执业医师证 | | □有 □无 | | | | 执业范围 | | |
| 学习  和工作  经历  （请从  高中  开始  填写） | | 起 止 时 间 | | | 所 在 学 校 或 单 位 | | | | | | | 学历/工作岗位 | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
| 何时何地因何原因受过何种奖励或惩罚 | | |  | | | | | | | | | | |
| 培训专科志愿 | 第一专业志愿（代码： ） | | | | | | | | 第二专业志愿（代码： ） | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| 个人申明：本人保证所提交信息的真实性、合法性，承担因填写不实而产生的一切后果。  本人亲笔签名： 填表日期： | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：培训对象须提供以下材料，请核对报名资料准备情况（请在方框内打“√”）：  1.身份证复印件 □ 2.学历、学位复印件 □ | | | | | | | | | | | | | |