安宁市第一人民医院关于选派人员赴上海参加住院医师规范化培训的通知

各临床科室主任：

根据云南省卫生健康委员会办公室《关于选派2022年云南省住院医师规范化培训学员赴上海培训的通知》要求。结合医院情况，现组织选派我院符合条件的临床医师赴上海参加住院医师规范化培训。现将有关事项通知如下：

一、选派对象

我院在职在编且符合住院医师规范化培训招收条件的2020-2022届全日制本科及以上学历，未参加过住院医师规范化培训的临床医学、口腔医学专业的医师。

二、上海市住院医师规范化培训招收专业及名额

（一）招收专业 28 个：内科、外科、妇产科、儿科、急诊 科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻喉科、精神科、儿外科、康复医学科、麻醉科、放射科、超声医学科、核医学科、医学 检验科、临床病理科、口腔全科、口腔内科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科、口腔颌面影像科、口腔病理科、全科医学科、放疗肿瘤科、重症医学科。

（二）招收名额 50 人。

三、有关要求

（一）本次选派采取自愿报名方式进行，报名人员需热爱本单位工作、个人及家庭条件能支持完成在上海3年的培训任务，培训完成后回原单位

作，而且需在一年内在院内开展至少2次相关学习汇报及经验交流，按照个人专业结合科室学科发展需求的原则，个人提出《自愿参加住院医师规范化培训申请》（附件1），填写《安宁市第一人民医院职工自愿外出参加住院医师规范化培训审批表》（附件2）。

（二）报名学员认真核实确认所报学科专业。上海市确定培养基地及专业后，一律不允许再调整培训专业。

（三）本次选派人员计划于2022年8月初进入上海市培训基地，具体根据疫情防控情况另行通知。

（四）请报名人员认真阅读《知情同意书》（附件3）并签字确认，填写《2022年云南省选派参加上海市住院医师规范化培训学员信息表》（附件4）并加盖科室公章。

（五）以上附件材料请于 2022 年 6 月 18 日前交至教学管理科赵洁处（电话：13759198566）。

附件：

1、安宁市第一人民医院职工自愿外出参加住院医师规范化培训申请书

2. 安宁市第一人民医院职工自愿外出参加住院医师规范化培训审批表

3. 知情同意书

4. 2022 年云南省选派参加上海市住院医师规范化培训学员信息表

安宁市第一人民医院教学管理科

2022年6月8日

附件1

安宁市第一人民医院

职工自愿外出参加住院医师规范化培训申请书

分管领导及科主任：

我为了完成住院医师规范化培训任务，提高我的临床工作胜任能力，更好地保障安宁市第一人民医院就医患者的身体健康与生命安全。我现主动提出申请，要求外出参加住院医师规范化培训，自愿与安宁市第一人民医院签订规培协议并保证遵守协议所有内容，遵守所到规培基地管理规定，规培期间努力学习医学“三基”及医学人文知识，保证按时完成规培任务取证回院工作。

申请人签名摁手印：_____

申请时间：20____年___月____日

附件2

安宁市第一人民医院

职工外出参加住院医师规范化培训审批表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td>岁</td><td>民族</td><td></td><td>院龄</td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="4">科室：</td><td colspan="6">从事专业：</td></tr>
<tr><td colspan="6">毕业学校：</td><td colspan="4">所学专业：</td></tr>
<tr><td colspan="5">毕业时间20____年____月</td><td colspan="5">20____年___月开始从事本专业</td></tr>
<tr><td colspan="3">现学历：</td><td colspan="3">现职称：</td><td colspan="4">现职称取得时间20____年___月</td></tr>
<tr><td colspan="6">规培基地（医院）</td><td colspan="4">规培专业</td></tr>
<tr><td colspan="10">规培起止时间：20____年____月____日至20____年____月____日</td></tr>
<tr><td colspan="10">科主任意见：

签名　　20____年___月___日</td></tr>
<tr><td colspan="10">医务科审核意见：

签名　　20____年___月___日</td></tr>
<tr><td colspan="10">分管副院长审批：

签名　　20____年___月___日</td></tr>
<tr><td colspan="10">教学管理科登记备案：

签名　　20____年___月___日</td></tr>
</table>

附件 3

知情同意书

安宁市第一人民医院赴上海住培学员：

经云南省卫生健康委与上海市卫生健康委协商，拟于2022年继续从安宁市第一人民医院中按照自愿、择优的原则选派在职在编且符合住院医师规范化培训招收条件的住院医师规范化培训学员赴上海参加培训。为确保培训工作顺利开展，请我院拟到上海培训的学员本人认真阅读并理解以下知情同意事项：

一、 培训名额根据国家卫生健康委下达指标及上海市培训工作实际安排确定。培训对象和培训专业一经确定，原则上不予调换。

二、安宁市第一人民医院将做到以下事项：

（ 一 ）保障派出参加培训人员按照要求全程参加3年的住院医师规范化培训，培训期间不得无故要求学员中途退出。

（ 二 ）按时发放派出参加培训人员的工资待遇、在上海培 训期间的租房补助(或统一租房安置学员)等，确保派出学员在上海培训期间的学习生活保障，使学员安心参加培训。

（ 三 ）与上海市培训医院 （基地）、培训学员建立定期协调交流机制，关心派出学员的学习生活，协调处理相关事宜。

三 、到上海培训的学员，应做到服从派员单位、上海市卫生健康

委和培训医院的安排，按照培训要求全程参加住院医师规范化培训，不得无故中途退出。

四、到上海培训的学员可按规定享受相应的财政补助资金。派员单位应与派出人员签订培训协议，对培训待遇、培训要求、培训完成后的工作安排、相关纠纷处理等进行约定 。

五、确因特殊情况需中途退出培训的学员，需经派员单位同意，报请上海市培训医院、上海市卫生健康委（住培办）、云南省卫生健康委（毕教办）同意，并按照相关规定承担赔偿责任及相关后果。

以上内容，请拟到上海培训的学员本人认真阅读并充分理解，签字认可。

单位负责人签字（加盖公章）：

年　　月　　日

学员本人签字表

选派科室	姓　名	毕业年份	培训专业	选派人员排序	本人签字
XX 科室	XXX	20XX	内科	1	
				2	
				3	

附件 4

安宁市第一人民医院

2022 年云南省选派参加上海市住院医师规范化培训学员信息表

科室（盖章）：　　填报人：　　联系电话：　　填报日期：　　年　　月　　日

序号	选报科室及联系人手机	姓名	性别	年龄	身份证号	毕业院校	毕业年份	学历	学位	学位类型	毕业专业	培训专业	学员本人手机号码（非常重要）	备注

注：1. 本表所填信息均为报名者取得的最高学历、学位及最后毕业院校及专业。最高学历、专业不能报考执业医师资格的以第一学历、学位为准填报。

2. “学位类型”填写专业学位或学术学位。取得学士学位的此项不填。

3. “培训专业”仅指上海市住院医师规范化培训招收专业。

4. 学员本人手机号码、科室联系人手机号码请认真核对上报。