滨州医学院烟台附属医院

2024年住院医师规范化培训招收简章（调剂）

根据国家卫生健康委《住院医师规范化培训管理办法（试行）》（国卫科教发[2014]49号）、《住院医师规范化培训招收实施办法（试行）》（国卫科教发[2015]49号）等相关文件要求和山东省卫生健康委《关于做好2024年山东省住院医师规范化培训招收工作的通知》（鲁卫函〔2024〕239号）下达的2024年招收计划，现将我院调剂预招收住院医师规范化培训住院医师有关事项发布如下：

一、预招收专业

社会化住院医师和委培住院医师计划招收人数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 专业基地 | 招录名额 |
| 01 | 内科 | 2 |
| 02 | 外科 | 1 |
| 03 | 妇产科 | 1 |
| 04 | 放射肿瘤科 | 1 |
| 合计 | | 5 |

二、报考条件

（一）必要条件

1、热爱医疗卫生事业，品德良好，遵纪守法。

2、志愿从事临床医疗工作的高等院校全日制临床医学专业，5年制大学本科及以上学历毕业生（紧缺专业适当放宽条件）,以应届本科学历毕业生为主，以社会化住院医师身份参加住院医师规范化培训。

3、在非住院医师规范化培训基地单位或培训单位中非培训专业基地工作，全日制本科及以上学历，从事临床医疗工作人员，以单位委派住院医师身份参加住院医师规范化培训。

4、具有团结协作精神，身心健康，具备完成住院医师规范化培训任务的身体条件。

5、报名参加全科等紧缺专业住院医师，在同等条件下优先录取。

6、基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务机构）从事临床类专业岗位的人员限报全科专业。

（二）有下列情况之一者，不予招录：

1.已取得有关专业《住院医师规范化培训合格证书》的人员；

2.被培训基地录取后无故不报到或报到后无故自行退出不满三年的人员；

3.处于培训期间的住院医师；

4.成人高等教育学历毕业生（已取得执业医师资格除外）；

5.高校统招的在读全日制研究生；

6.其他不符合有关要求的人员。

已参加2024年全国研究生招生考试，医学高等院校录取为专业硕士学位研究生，不参加本次招收报名。

三、培训年限与形式

本科毕业生、学术型研究生毕业生（含硕士、博士）培训年限为3年，具体按国家及省卫健委有关规定执行。

医院按照国家卫健委相应专业培训内容及细则要求，采取理论学习与临床实践相结合，以临床实践为主的培训方式，对住院医师进行规范化培训。

五、招收程序

按照网上报名、现场资格审核、考试录取、公示、报到等程序进行。具体流程如下：

（一）调剂招收安排

1、招收报名。登录“山东省医学教育服务平台”（https://www.sdcme.net.cn//）-住院医师规范化培训招录报名系统或关注公众号“住院医师数字化轮转平台”招收报名入口进行个人有关信息（基本信息、教育信息、工作信息等）注册，根据医院公布的招收专业及计划进行志愿填报。

报名起止时间为2024年8月11日-8月12日。

2、网上资格审核。8月11日-8月12日医院对报名人员进行网上资格审核，审核通过后，信息和志愿将不可在修改；审核不通过者，仅能修改个人信息和报考专业，无法修改报考培训基地。

3、现场审核

（1）时间：2024年8月13日8:00-9:30。

（2）地点：滨州医学院烟台附属医院第二会议室（医院门诊部五楼西）。

（3）需提交的材料：

**单位人：**

①“山东省卫生健康委员会医疗管理服务中心官网”下载打印报名表，一式两份。

②填写并打印《附件一：滨医烟台附院2024年度住院医师规范化培训单位人报名表》1份，并加盖委培单位公章；人员较多（3人及3人以上）的单位填写并打印《附件二：委培住院医师单位介绍信》

③现场审核毕业证、学位证、二代身份证、医师资格证书（或医师资格考试合格的成绩单）、医师执业证书原件，提交毕业证、学位证及二者学信网在线验证报告、身份证、医师资格证书（或成绩单）、医师执业证书复印件各1份。

④与网上报名电子版同版的近期彩色免冠正面照（一寸、蓝底）2张：其中附件一粘贴1张，现场提交1张。

**社会人：**

①“山东省卫生健康委员会医疗管理服务中心官网”下载打印报名表，一式两份。

②填写并打印《附件三：滨医烟台附院2024年度住院医师规范化培训社会人报名表》1份。

③现场审核毕业证、学位证、二代身份证、医师资格证书（或医师资格考试合格的成绩单）、医师执业证书原件，提交毕业证、学位证及二者学信网在线验证报告、身份证、医师资格证书（或成绩单）、医师执业证书复印件各1份。

④与网上报名电子版同版的近期彩色免冠正面照（一寸、蓝底）2张：其中附件二粘贴1张，现场提交1张。

（4）以下情况现场审核时不予受理：

①未经网上报名或网上报名未被确认者。

②单位人提交的附件一未加盖委培单位公章。

③缺少相关证书。

（5）报考者必须保证毕业时间、学历学位、委培单位等信息的真实性，保证二代身份证在有效期内。凡弄虚作假、冒名顶替、考试违纪等舞弊行为，将被记入我院住培招收档案，3年内不得在本基地报名入培。

（6）现场审核合格后，方可加入“烟台附院2024年住培招收”微信群。

4、考试录取

（1）考试时间：8月13日。

（2）笔试：8月13日10:00-12:00，考试内容：英语、医学综合（个人申报住培专业相关的临床知识），无指定教材。考试地点：门诊5楼西第二会议室。

（3）面试+技能：8月13日13:30-17:00，面试内容为专业知识、医患沟通、人文关怀、职业素养、临床能力、英语水平、技能操作等。考试地点：住院部19楼东临床实训中心。

（5）遵循公开公平的原则，个人总成绩按申报专业排名，择优录取，录满为止。在报考者自愿的前提下，未被报考专业录取且服从调剂者，可录至全科医学等紧缺专业。

（6）录取名单通过医院官网公示，公示时间为7个工作日。

（7）录取后，凡不签署或不遵守培训协议、无故不报到或报到后自行退出、不参加岗前培训者，将被取消当年度录取资格和下一年度我院住培招收的报名资格。

（二）报到时间

具体时间另行通知，请及时关注我院官网消息。无故逾期1周不报到者，视为自动放弃本次培训资格，3年内不得再次报名参加住院医师规范化培训或以其他形式（如报考专业学位研究生等）进入住院医师规范化培训。

五、学员待遇

（一）住院医师基本工资：单位委培住院医师由原单位发放，社会化住院医师由培训基地根据文件标准发放。

（二）住院医师生活补助与业绩绩效：根据不同学历、不同培训专业、不同年级、有无执业医师证书设立不同补助标准。本单位培训住院医师、外单位委培住院医师待遇为3499-7916元/月；社会化住院医师补助：4499-8916元/月。

其他补助：首次在我院报名参加医师资格考核且一次性通过者，医院一次性奖励600元/人。

（三）生活保障：为住院医师免费提供宿舍、无线网络等，为住院医师每月发放餐补300元。

（四）资助参加社会保障：医院根据本地实际为社会化住院医师支付养老保险、医疗保险、生育保险、失业保险、工伤保险、大额救助。社会保险及住房公积金由个人缴纳的部分费用由培训住院医师个人承担。

（五）培训保障：培训期间对住院医师免费开放图书馆、临床技能实训中心等教学培训场地。岗前培训结束后立刻与本单位住院医师、外单位委培住院医师、专业硕士研究生住院医师签订《滨州医学院烟台附属医院住院医师规范化培训协议书》；与社会化住院医师签订《滨州医学院烟台附属医院住院医师规范化培训协议暨劳动合同》。

（六）激励措施：积极开展评优树先活动，每年开展“优秀住院医师”等各级评优活动，进行公示及嘉奖，1000元/项，组织各类技能竞赛，提高住院医师积极性。

（七）其他保障：医院积极落实“两个同等对待”政策：1.人员招聘及薪酬待遇方面：对于本科学历且取得住院医师规范化培训合格证书的人员来说，薪酬、绩效、福利等待遇同我院硕士研究生享受的人事代理待遇一致。2.职称晋升方面：住培合格的住院医师在报考中级职称的过程中与专硕毕业生要求的医疗执业年限相同。

六、联系方式

联系电话：0535-4770587 王老师

医院网站：<http://www.byytfy.com/>

医院地址：烟台市牟平区金埠大街717号

邮箱：[byytfyyjsc@163.com](mailto:byytfyyjsc@163.com)

2024年滨医烟台附院住培招生咨询QQ群：870618752

附件一

滨州医学院烟台附属医院

2024年度住院医师规范化培训单位人报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | |
| 联系方式 | | 本人联系电话： 本人电子邮箱： | | | | | | | | | |
| 毕业生 | | □应届 □ 往届 | | 执业医师证 | | □有 □无 | | | | 执业范围 | |
| 培训  志愿 | 第一专业志愿 | | | | | | | 第二专业志愿 | | | |
|  | | | | | | |  | | | |
| 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□ 3.医师证、执业证复印件□ | | | | | | | | | | | |

审核情况

|  |  |
| --- | --- |
| 培训对象所在工作单位意见 | 经本单位研究，同意 同志要求参加 年 专业住院医师规范化培训的申请。  （盖章）  单位负责人： 年 月 日 |
| 培训基地  审核意见 | 同意 同志要求参加 年 专业住院医师规范化培训的申请。  （盖章）  负责人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件二

**委培住院医师单位介绍信**

**滨州医学院烟台附属医院：**

我院是\_\_\_级\_\_\_等医疗卫生机构，本年度拟派送\_\_\_名在职住院医师到贵院参加为期3年的住院医师规范化培训。具体人员信息见下表。

我单位负责的联系部门：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_，联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

请贵院予以接洽为谢！

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **报考专业** | **身份证号** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（加盖单位公章）

2024年 月 日

附件三

滨州医学院烟台附属医院

2024年度住院医师规范化培训社会人报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | |
| 联系方式 | 本人联系电话： 本人电子邮箱： | | | | | | | | | | | |
| 毕业生 | □应届 □ 往届 | | | | 执业医师证 | | □有 □无 | | | | 执业范围 | |
| 培训志愿 | 第一专业志愿 | | |  | | | 第二专业志愿 | | |  | | |
| 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□ 3.医师证、执业证复印件□ | | | | | | | | | | | | |
| 培训基地  审核意见 | | 同意 同志要求参加 年 专业住院医师规范化培训的申请。  （盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |