**徐州市口腔医院住院医师规范化培训**

**2017年招生简章**

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（三级口腔专科医院）暨徐州医科大学附属徐州口腔医院、南京医科大学教学医院，为国家级培训基地南京市口腔医院（南京大学医学院附属口腔医院）协同医院，现面向社会招收具有口腔医学专业本科学历学士学位及以上的毕业生，进行口腔医师规范化培养，有关事项公告如下：

一、培训目标

按国家卫计委住院医生培训相应学科培养标准进行住院医师规范化培训；培训结束后，规培基地学员参加卫计委组织的统一考试，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

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且有学士及以上学位双证书。

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（1987年8月31日以后出生）。

三、报名

1、报名时间、地点

报名时间：2017年7月01日至7月20日（截至7月20日中午12:00)

报名地点：徐州市口腔医院科教科（行政楼3楼）

2、报名注意事项及资格审查

报考者报名时须提供①《2017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）；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应届需提供毕业生就业推荐表、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毕业证证书和学位证证书，原件及复印件一份；⑧获奖证书原件及复印件一份。

四、招生考试

考试方式为笔试、面试形式相结合，侧重于临床专业知识、基本技能的应用和综合素质。笔试、面试具体时间和地点另行通知。

五、录取

笔试、面试考试结束后，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

1、录取学员的人事档案由省（市）人才服务中心代理。

2、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。

3、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及相应口腔医学专业学位申请。

4、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），按月为学员提供基本生活费及绩效工资。

5、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》。

6、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。

7、培训期间，学员住宿自理，每月伙食补助100元，生活补贴第一年2000元/月。培训期间取得执业医师证书并在医院注册后，生活费相应提高，绩效工资和本院医师同等待遇。

七、招生政策咨询电话

联系人：李雪老师

咨询电话： 051685866012 18052110285

咨询时间：周一至周五 上午8:30—11：30 下午2:30—5:00



周六 上午8:30—11：30

周六中午至周日休息

徐州市口腔医院科教科

二O一七年七月一日

**附件1：徐州市口腔医院**

**招收2017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：**

**2017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： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |