

# 大理大学第一附属医院

## 2022 年住院医师规范化培训基地第二批招录通知

2022 年住院医师规范化培训招录报名工作第一批次招录工作已经完成，第二批次补录工作即将开始，请报考我院人员前来报考，具体要求如下：

### 一、培训目标

按照国家住院医师规范化培训标准和要求进行系统培训，结业时具有良好的职业道德、扎实的医学理论知识和临床技能，能独立、规范地承担本专业常见多发疾病诊疗工作的临床医师。考核合格者取得国家统一制式的《住院医师规范化培训合格证书》。

### 二、培训方式

执行国家卫生健康委和云南省卫生健康委住院医师规范化培训相关文件和制度，分专业在相关临床学科进行以临床实践为主、培育岗位胜任能力为核心的轮转培训。

### 三、培训时间

本科和科学学位硕士、博士应届毕业生一律培训 3 年；按照国家相关要求，原则上已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员，经临床能力测评后，可按照“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训，硕士培训年限不少于 2 年、博士培训年限不少于 1 年；其余情况不得减免培训年限。符合

减免年限要求的，以1年为单位进行减免。

#### 四、招生对象

拟招收符合临床、口腔类别医师资格考试报考条件规定专业范围应、往届本科及以上学历医学毕业生，或已取得《执业医师资格证书》需要接受培训的人员。以应届本科毕业生为重点，向来自县及县以下基层医疗卫生机构委派培训对象倾斜。

（一）自主培训学员：指没有与任何单位签订人事或劳动合同的医学毕业生。培训期间，我院与自主培训学员根据培训年限签订劳动合同和培训协议，培训结束后自主择业。

（二）单位委培学员：指送培单位在编职工或与单位签订正式聘用合同的职工。培训期间，我院与送培单位、培训学员签订三方委托培训协议，培训结业后回送培单位工作。

#### 五、招收专业与招生计划

序号	专业名称	第二批招录计划
1	全科	≥1
2	妇产科	≥1
3	急诊科	≥2
4	麻醉科	≥1

5	临床病理科	$\geq 1$
6	外科	$\leq 10$
7	骨科	
8	外科-泌尿外科 方向	
9	耳鼻咽喉科	
10	皮肤科	
11	内科	
12	检验医学科	
13	放射科	
14	超声医学科	
15	眼科	
16	神经内科	
	合计	16

## 六、报名时间与流程

补录招生报名采取网上报名和现场确认相结合的方式  
进行。

（一）普通学员（面向社会招收、单位委派的培训对象）  
报名采取网上报名和现场确认相结合的方式进行。（填报培  
训志愿时，单位委派培训对象应当取得委派单位同意）。

### 1. 网上报名：

（1）2022年7月16日9:00至7月25日18:00期  
间登录省毕教平台；

- (2) 根据所报培训类别点击“住培入口”；
  - (3) 点击“普通学员注册”，填写信息，点击确认注册；
  - (4) 系统提示“恭喜你注册成功”，重新登录；
  - (5) 输入注册时所填写的用户名、密码，点击登录；
  - (6) 点击右上角个人信息，如实填写个人信息（基本信息、学历信息、证书信息、其他信息），点击保存；
  - (7) 点击填写报名表，填写并上传照片后，点击提交。
- 每位住培报名者最多可填报同一培训基地的 3 个专业志愿；每位助培报名者可填报一个培训基地的 1 个专业志愿；选择“服从调剂”时，表明服从调剂所报考培训基地的招收专业。
- (8) 点击打印报名表。

2. 现场确认：2022 年 7 月 26 日上午 08:30 时至 11:30 时。

现场确认地点：大理大学第一附属医院医技楼 6 楼研培科办公室。

报名学员须携带以下相关资料，在规定时间内到我院进行现场资格审查和确定：

- (1) 《云南省住院医师规范化培训报名表》（网报后打印，以下均简称“报名表”）一式一份，完成审批手续后由培训基地留存。

- (2) 本人身份证、毕业证、学位证书（从初始学历到最高学历的全部学历、学位证书）原件及复印件各一份，原

件审核后返还本人。

应届本科毕业生还需提供加盖本校教务部门签章的本科成绩、毕业生就业推荐表；往届毕业生还需提供个人简历、临床工作经历证明；硕、博士毕业生还应当提供加盖培养单位公章的临床轮转记录手册完整复印件或临床工作经历证明。

(3)如已取得执业医师资格证书的需携带原件及复印件一份，原件审核后返还本人。

(4)申请并符合培训年限减免条件的需填报并提交《云南省住院医师规范化培训年限减免申请表》一式两份（附件一），同时须提供临床学科轮转情况（具体学科和轮转时间，即临床轮转情况登记表复印件）。

## （二）有关事项

1. 报名者应如实填写网报信息，凡不按要求报名、网报信息误填、错填或填报虚假信息而造成不能考试或录取的，后果由报名者承担。在网络报名截止日期前，报名者可自行修改网报信息。请报名者提供准确的联系电话，以便及时联系。

2. 报名者在管理平台上填写完报名表，点击提交后，请登录报名状态栏查看，如显示已报名，则报名成功。

3. 报名者需随时关注管理平台中的报名状态栏，查看报名资格审核是否通过以及相关状态。

4. 培训申请人应当按要求提供有关报名材料。单位委派

人员（含履约的订单定向免费医学毕业生）还需出具本单位同意报考的证明材料，填报的培训专业、培训基地医院等信息须与经单位盖章的介绍信保持一致。

5. 其他注意事项请仔细查看并及时关注“云南省毕业后医学教育管理平台”或电话咨询大理大学第一附属医院研培科。

## 七、招录程序

1、普通学员招录考试及订单定向免费医学毕业生摸底  
考试时间：2022年7月26日至7月28日，具体时间及地点将在现场确认当天通知。

2、考试内容：

笔试：相应学科理论知识、相应学科临床技能测试及综合面试。

3、255元/每人，费用自理（体检时间与招录考试时间相同）。

4、录取：根据考生的考试成绩、体检结果，择优录取；2022年7月29日前我院将在“云南省毕业后医学教育管理平台”（[yngme.haoyisheng.com](http://yngme.haoyisheng.com)）公布培训基地的录取名单，并在省毕教平台完成对新招收人员的录取操作，此后未按要求报到者按退培处理。

## 八、培训管理及待遇

1、按照国家、我省住院医师规范化培训相关政策及我

院相关管理规定，根据学员的不同来源，分类给予生活补助。

2、“社会人”学员：培训期间，待遇标准参照本单位编制内同等条件住院医师工资水平确定（含国家补助），按月发放。自第二年起，根据培训考核结果及学员出勤情况计发月绩效并相应晋升薪级工资。

培训期间享有养老、医疗、失业、生育、工伤、公积金等社会保障。紧缺专业学员按照医院的相关文件规定发放特岗绩效。

3、“单位人”学员：按月足额发放国家财政补助，委派单位发放的工资低于我院同等条件住院医师工资水平的部分由我院负责发放；自第二年起，根据培训考核结果及学员出勤情况计发月绩效。

4、我院向“社会人”学员和外单位委培学员提供低收费住宿（费用每月约150元-200元）。

5、本次招录学员获得《住院医师规范化培训合格证书》，且表现良好者在同等条件下医院优先录用。

## **九、报考须知**

根据国家和省卫生健康委相关规定，请报考者充分知晓以下重要事项：

1. 根据有关规定，对在培训招收工作中弄虚作假的培训申请人，取消其本次报名、录取资格；对录取后不按要求报到或报到签订培训协议后退出、终止培训者（含在培人员参

加全日制研究生学历教育），自终止培训起3年内不得报名参加住院医师规范化培训，除如数退还已享受的相关费用（包括培训费、住宿费和生活补助费），还需按以上已享受费用的50%作为违约金一并缴入省级国库。

2. 申请培训人员应确认所报志愿并保证其无退出或终止培训等记录，并随时关注所报培训基地发布的消息和公告，服从培训基地招录工作安排。招录过程中无故缺席相关审核、考试、面试、报到等环节者，视为个人原因主动放弃，并承担相关责任后果。培训基地在省毕教平台完成录取操作后未按要求报到者，按照退培处理。

## **十、联系方式**

大理大学第一附属医院研培科

联系人：赵建勤

联系电话：0872-2201510

联系地址：大理大学第一附属医院研培科

邮政编码：671000

大理大学第一附属医院

2022年7月15日



## 附件 1

### 云南省住院医师规范化培训年限减免申请表

填表前请仔细阅读填表说明：

一、按照国家相关要求，原则上已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员，按照按“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训，硕士培训年限不少于 2 年、博士培训年限不少于 1 年；其余情况不得减免培训年限。符合减免年限要求的，以 1 年为单位进行减免。

（一）原学习或临床工作专业与现培训专业不同的，不能减免培训年限。

（二）原学习或临床工作专业与现培训专业相同或部分相同的，根据临床能力测评结果决定减免年限，未通过临床能力测评的不能减免。

二、各专业基地根据申请人上报材料和临床能力测评成绩，确定录取学员培训年限，并作为享受财政补助资金的依据。培训期满，未完成培训或培训不合格需延长培训时间，其费用由培训学员个人承担。

三、此表需双面打印、一式两份、本人签字。

## 云南省住院医师规范化培训年限减免申请表

基地医院名称			培训专业		
姓名			性别		
毕业院校			学制	<input type="checkbox"/> 7年制 <input type="checkbox"/> 专业型硕士 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 8年制 <input type="checkbox"/> 专业型博士
硕士	毕业专业		博士	毕业专业	
	毕业时间			毕业时间	
申请减免培训年限理由：  (需说明的材料附后) 申请人签字：_____ 年 月 日					
培训基地审批意见	审批人：  (公章) 年 月 日		省医师协会 / 省中医药学会 审核意见	审核人：  (公章) 年 月 日	
省毕教办备案意见	(不需审批，检查无误后标注“同意备案”)  (公章) 年 月 日				

注：1. 按照国家相关要求，原则上已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员，按照按“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训，硕士培训年限不少于2年、博士培训年限不少于1年；其余情况不得减免培训年限。符合减免年限要求的，以1年为单位进行减免。

2. 本表一式二份，报省毕教办备案后，返回一份由培训基地留存备查。