附件4：

**中医住院医师规范化培训委托培训协议书**

甲方（培训基地）：潍坊市中医院

乙方 (委派单位)：

丙方（培训对象）： 身份证号：

根据国家和山东省中医住院医师规范化培训工作要求，为加强与规范中医住院医师培养，经协商由乙方委派丙方在甲方进行中医住院医师规范化培训。为保证培训质量，明确培训期间的权利和义务，结合《潍坊市中医医院中医住院医师规范化培训管理办法》，甲乙丙三方自愿达成如下协议，以资共同信守执行。

**一、甲方权利与义务**

1.甲方向乙方、丙方介绍本院中医住院医师规范化培训计划、安排、考核等相关规定和要求。

2.甲方按照国家、山东省中医住院医师规范化培训大纲要求，将丙方纳入所在培训基地统一管理，规范培训、严格考核，使其达到中医住院医师规范化培训合格要求。

3.甲方成立具体分管部门，负责对丙方的培训工作进行检查、督导、考核，及时做好动态反馈。

4.甲方对表现优异者，可根据规定给予丙方适当鼓励。丙方本人身体原因、不服从管理、扰乱工作生活秩序、引起有效投诉、发生医疗差错、造成医疗事故或影响培训的情形，甲方视情况终止其培训，同时报卫生行政主管部门备案。

5.丙方完成规定项目培训，甲方负责组织其参加中院住院医师规范化培训考核。

6.根据国家、山东省有关中医住院医师规范化培训的政策与管理规定，甲方有权利对培训内容、实施方案及协议内容做出相应调整。

**二、乙方的权利与义务**

1.乙方负责丙方资格初审，如实将丙方个人信息与相关资料报送甲方。

2.培训期间，乙方与丙方人事（劳动)、工资关系不变。乙方负责发放工资，缴纳社保，自行处理与丙方的工伤、劳动人事争议。住宿、伙食等由乙、丙方协商解决。

3.培训期间，乙方应保证丙方服从甲方统一管理、培训及工作安排，认真履行职责，完成培训和工作任务。

4.乙方应保障丙方的培训率，非经甲方书面同意并提前30天书面函告，不得退出或终止丙方培训。如丙方在培训期间出现弄虚作假，擅自缩短培训时间等违规行为，乙方应及时处理和教育，并书面反馈甲方。

5、乙方应协助甲方做好终止培训工作，甲方终止培训，乙方应无条件接收丙方。

6.培训期间，因丙方原因引起医疗纠纷、差错或造成医疗事故，给甲方造成负面影响或经济损失，乙方应与丙方承担连带赔偿责任。

**三、丙方的权利与义务**

1.丙方自愿到甲方参加中医住院医师规范化培训，如实向甲方提供个人信息与相关资料。

2.丙方应严格遵守国家的各项相关法律法规和甲方的各项规章制度，服从甲方统一管理、培训及工作安排，认真履行职责，完成培训和工作任务。

3.培训期间，丙方应通过国家执业医师资格考试，取得国家执业医师资格。如未按要求完成培训或考核不合格者，甲方有权顺延或终止培训，顺延期间费用由丙方承担。丙方取得执业医师资格的，须上交执业医师证书及资格证书，并将执业地点变更到甲方所在地，按甲方有关规定管理。培训结束后，依法办理相应执业注册变更手续。

4.丙方不能完成正常工作和培训任务，或严重违反甲方规章制度，或因健康问题不适于继续培训者，须提前30天向甲方提交书面申请，申明事由。经甲方同意并妥善处理相关事宜后，方可正式解除协议。

5.因丙方原因终止培训的，丙方应在解除事由发生之日起5日内退还甲方为辅助丙方完成培训任务提供的补贴，否则每逾期一天按应付款项的5%向甲方支付违约金。乙方承担连带责任。

6.培训期间，因丙方原因引起医疗纠纷、差错或造成医疗事故，给甲方造成负面影响或经济损失，丙方应承担赔偿责任。

7.培训结束时，丙方经考核合格，可获得国家卫健委颁发的中医住院医师规范化培训合格证书。

**四、三方的特殊约定**

1.丙方在培训期间，工作时间之内的安全依国家有关规定办理，除工作时间以外的安全由丙方负责。

2.丙方培训期间发生的责任赔付，按甲方住院医师的标准承担相应责任，该责任不因为培训的学员身份而免除。

3.培训结束后，如丙方未取的培训合格证的，按照相关政策执行。

**五、其他事宜**

1.三方必须认真遵守本协议约定，除约定事由外，不得随意变更或解除。

2.在执行过程中遇到未提或未尽事宜，按照《潍坊市中医医院中医住院医师规范化培训管理办法》等相关规定，由甲乙丙三方协商解决。

3.丙方培训的时间为 年，自 年 月 日至 年 月 日止。除本协议约定外，培训结束后，甲、乙、丙三方关系解除，终止本协议。

4.丙方确认送达地址为： ，如地址变动，应及时书面通知甲方，否则承担法律后果。

5.本协议在履行过程中发生争议，由甲乙丙三方协商解决，协商不成时由甲方所在地人民法院管辖。

6.本协议一式三份，甲、乙双方各执两份，丙方执一份，自甲乙签章、丙方签字之日起生效。

甲方： 乙方：

法定代表人： 法定代表人：

委托代理人： 委托代理人：

单位公章： 单位盖章：

年 月 日 年 月 日

丙方（签字）：

（手印）

年 月 日

(说明：社会化学员委派单位可以不填，有单位的学员提前填写好，具体培训时间可以暂时空着，找单位签字、盖章。务必正反面打印，一式3份)，打印时请删除说明！