内江市第二人民医院

2024年下半年进修招生简章

根据医院发展规划和学科建设需要，内江市第二人民医院拟面向社会公开招收2024年下半年卫生技术类（含护理）进修生，现公告如下：

**一、招生专业**

西医临床、口腔、中医、中西医、公卫医师、护理、医技等。

**二、招生条件**

申请进修人员应是思想作风好，身体健康，中专及以上学历，具有一定专业理论基础、从事本专业工作2年以上，并已取得相应专业资格证书、执业证书的卫生技术人员，职能部门进修人员应具有相应专业2年及以上工作经验。

**三、进修周期**

进修周期有三月、半年、一年，学员可根据自身情况合理选择。

从2024年9月1日起正式进修。

**四、进修及结业要求**

（一）进修人员全程脱产进修，原则上不参加原单位的工作（确需中途返回单位者，由派出单位书面出具商请函），不得无故缺勤。

（二）进修期间不提供住宿。

（三）学员在进修期间须服从所在进修科室的临床工作及教学安排，完成规定的诊疗工作量及教学活动参与量，提高个人临床理论水平和临床技能。

（四）进修结束时，进修周期在三个月及以上且过程、结业考核合格者，发放进修结业证书；因故实际进修时间不足三月者仅由我院出具进修证明。

（五）进修结业证书类别：通过四川省规范化进修管理平台管理的进修人员，由该平台发放四川省统一印制的规范化进修结业证书；其余进修人员由我院发放进修结业证书。

**五、报名方式**

（一）所有报名人员需填写纸质进修申请表、进修学习担保书（详情见文末附件1、2），并签字、盖章；在2024年7月21日前，将进修申请表、进修学习担保书、学历学位证、执业证、资格证、电子版身份证，发送至邮箱：1464374032@qq.com。（现场报到时再提交纸质版材料）

（二）所有报名人员请提前添加QQ群：（807254511），进群后修改群名片为：本人姓名+报名进修科室+进修批次（如张三骨科2024-9），便于及时通知联系。

（三）联系地址：四川省内江市东兴区新江路470号  全科大楼三楼  科教科。

（四）报名联系人：何老师

电话：0832-2383108

邮箱：1464374032@qq.com

邮编：641000

附件1

**内江市第二人民医院进修人员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照  片 | |
| 最后  学历 |  | 毕业学校专业时间学制 | |  | | | |
| 执业  级别 |  | 执业证编码 | |  | | | |
| 执业  类别 |  | 执业  范围 |  | | 技术  职称 |  | |
| 单位  名称 |  | | | | 电话  号码 |  | | 婚姻  状况 |  |
| 申请进修科别  及专业 | |  | | | 进修  期限 |  | | | |
| 进  修  目  的  及  要  求 |  | | | | | | | | |
| 主  要  学  历  与  经  历 | 起止时间 | | 学习和工作单位名称 | | | | | 职务职称 | |
|  | |  | | | | |  | |
| 本人  专业  技术  能力  及  外语  水平 |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本  人  政  治  表  现 |  |
| 选  送  单  位  意  见 | （盖章） 年 月 日 |
| 接  受  科  室  意  见 | 科主任： 年 月 日 |
| 接  受  单  位  意  见 | （盖章） 年 月 日 |
| 备  注 |  |

附件2

**进修学习担保书**

委托培养单位 向接收进修生培养单位 内江市第二人民医院 保证提供进修生本人的基本情况真实，承诺督促本单位选送的进修生在进修学习单位的各项规章制度，并与进修生本人一道共同承担学习期间因本人处理不当发生的医疗事故责任或操作失误、使用不当造成的精密、贵重仪器损坏的赔偿。

进修生本人保证在医院学习期间严格遵守院规、院纪，服从安排，努力学习，积极参与社会公益活动。

接受进修生培养单位向承诺上述条件，完成各项入学报道手续的进修生，安排入科，并落实进修学习期间的带教老师，按进修实习计划为用人单位培养实用人才。

接收单位（盖章）： 委培单位（盖章）：

负 责 人（签字）： 负 责 人（签字）：

进修生本人（签字）：

年 月 日