**连云港市第二人民医院**

**2024年住院医师规范化培训招收公告**

连云港市第二人民医院是国家级“住院医师规范化培训基地”，现面向省内外招收2024级规范化培训住院医师，招收简章如下：

**一、基地简介**

连云港市第二人民医院，创立于1908年，前身为“义德医院”，由美国基督教南长老会传教士、医学博士慕庚扬创办，至今已有116年的历史。医院为三级甲等综合医院，承担医疗、教学、科研、预防、保健、康复、公益等7项中心任务以及政府指令性任务和突发公共卫生事件应急救治任务。同时担负连云港市肿瘤医院、连云港市临床肿瘤研究所和连云港市慈善医院职能。依托医院工作，建立了连云港市互联网医院、连云港市安宁疗护中心、连云港市老年医学中心及连云港市医养结合培训基地、连云港市癌症中心。目前拥有东西两个院区，占地132亩，建筑面积15.8万平方米，核定床位1307张，设有61个(一、二、三级)临床医技科室，36个病区。

医院始终坚持人民至上、生命至上，创新应用医疗新技术，加快提升疑难急危重症系统化救治服务能力。近4年来，医院获得省市各类科研课题185项，国家自然科学基金项目、省重点研发计划（社会发展）项目、省自然科学基金课题、省科技进步奖、省医学科技奖、省中医药科技奖、省医学新技术引进奖均创新高。在各类期刊发表论文1038篇，其中SCI论文216篇。

1. **招收对象**

（一）拟从事或已从事临床医疗工作的临床医学、口腔医学等高等院校全日制本科及以上学历毕业生，包括尚未就业的应届生及往届生（限有资格报考临床医学、口腔医学执业医师资格的毕业生），或已取得《医师资格证书》需要接受培训的人员，应届毕业生优先录取。

1. 热爱医疗卫生事业，品德良好，遵纪守法;
2. 符合临床、口腔类别医师资格考试报考条件规定专业范围的应、往届本科及以上学历医学毕业生，或已取得《医师资格证书》需要接受培训的人员，并通过招录考试合格的；
3. 委托培养住院医师为委托单位招聘的正式员工且未参加过住院医师规范化培训，委托单位同意该医师在我院接受住院医师规范化培训，并通过招录考试合格的；
4. 社会化培训住院医师指面向社会招录，符合培训要求并通过招录考试合格的，进入培训基地参加规范化培训的住院医师，可为应、往届毕业生。其中应届毕业生为2024年毕业未就业的毕业生（须提供就业推荐表及就业协议书原件）。往届毕业生为2023年及以前毕业，未就业或有过工作经历但目前未就业的社会人。

（二）有以下情况之一者，不予招录：

1、已取得《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、报到后无故自行退出或退培不满3年的人员。

3、中医类和中西医结合类专业人员。

4、其他不符合有关要求的人员。

**三、招收专业**

内科、外科、全科、麻醉科、口腔全科、骨科、急诊科、神经内科、检验医学科、放射肿瘤科、放射科、超声医学科共12个专业。

为更好地保障培训权益，报考者在报名时可填报两个专业志愿，并可根据个人意愿填报是否服从调剂。专业录取时先按第一志愿专业考生成绩排序录取，如有专业第一志愿录取未满时按第二志愿专业考生成绩排序录取，如仍未录满，再按服从调剂考生成绩排序录取。

**四、相关规定及待遇**

（一）根据《关于贯彻落实住院医师规范化培训“两个同等对待”政策的通知》（国卫办科教〔2021〕18号）的要求，维护学员权益，落实“两个同等对待”政策，面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象培训合格，当年在医疗卫生机构就业的，在招聘、派遣、落户等方面，按当年应届毕业生同等对待。对经住培合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面与临床医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。

（二）医院按照国家卫生健康委员会《住院医师规范化培训的内容与标准（2022版）》和江苏省卫生健康委员会住院医师培训的相关要求，制定培训计划和轮转方案，并按计划对住院医师进行培训，培训期限为3年。有关年限减免要求按《江苏省住院医师规范化培训学员培训时间认定方案（试行）》（苏卫科教〔2015〕13号）执行。培训结束时，进行全国统一考试及考核，通过结业考核者，由省卫健委颁发统一制式的《住院医师规范化培训合格证书》。

（三）以“单位人”身份报考住院医师，人事关系保留在原工作单位，需与培训基地、委派单位签订三方协议，明确各方的权利和义务。

（四）关于工资及福利待遇构成：

1、社会化招收住院医师与我院签订规范化培训劳动合同，参照培训基地同等条件住院医师工资水平发放基本工资，并享受国家规定的基本社会保险和法定节假日等。本科学历住院医师基本工资（税前含社保等）约2600元/月，研究生学历住院医师基本工资（税前含社保等）约5200元/月。

2、培训期间，住院医师应按照《住院医师规范化培训的内容与标准（2022版）》各专业细则要求完成相应的管床数、手术与操作数量，按频次要求参加教学活动，依据《规范化培训住院/全科医师岗位绩效发放办法（试行）》考核后发放绩效（税前），绩效标准按学历、是否取得执业医师、年级分层分级逐年递增。即月收入为基本工资加上当月的基本绩效，具体见表1：

表1住培医师基本月收入（元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专业 | 学历 | 基本工资 | 基本绩效 | | | 合计 |
| 第一年 | 第二年 | 第三年 |
| 全科专业 | 本科 | 2600 | 3400 | 3700 | 4000 | 6000~6600 |
| 硕士 | 5200 | 3600 | 3900 | 4200 | 8800~9400 |
| 其他专业 | 本科 | 2600 | 3000 | 3300 | 3600 | 5600~6200 |
| 硕士 | 5200 | 3200 | 3500 | 3800 | 8400~9000 |

（1）培训期间，医院可统一安排住宿（或发放住宿补贴300元/月）；

（2）执业医师注册在我院并经医务处考核取得相应医师权限，能完成相应工作量并考核合格者，增发700元/月执业医师补助；

（3）对全科、急诊科、麻醉科等紧缺专业住院医师增发500元/月紧缺专业补助；

（4）跟班按30元/夜班（急诊跟班为60元/夜班）、独立值班按150元/夜班，由相应科室考勤后，据实发放相应补助；

（六）在规定培训时间内未按照要求完成培训或考核不合格者，培训时间可顺延，但顺延培训期间我院不再提供任何薪酬待遇。住院医师因个人原因需要协议退培的，培训时长不得少于1年。

（七）社会化招收住院医师中的往届毕业生，可在8月前提前报到，在相应专业基地接受培训，参照正常培训待遇发放一定培训补助。

**五、报名**

（一）报名方式、时间、地点

报名方式：远程报名+现场审核

远程报名时间：即日起至2024年7月30日。所有原件材料形成PDF发送指定邮箱，纸质版邮寄至通讯地址。

现场审核截至时间：2024年8月31日

现场报名审核地点：连云港市第二人民医院东院区门诊楼四楼/西院区门诊七楼科教部住培办。

（二）报名材料

**委培医师（由单位统一提交）**：

1. 报名时须提供以下材料原件

①《住院医师规范化培训单位委托培养报名情况汇总表》（见附件2）；

②《住院医师规范化培训单位委托培养报名表》一份（见附件3）；

③白底1寸证件照2张、白底电子证件照。

2、报名时须提供以下材料复印件并加盖工作单位主管部门公章，原件由工作单位负责审核：

①身份证复印件一份；

②英语等级考试成绩单复印件一份；

③毕业证书和学位证书复印件一份；

④已取得《医师资格证书》和《医师执业证书》者，需提供证书复印件一份；

⑤有培训经历者需提供培训证明材料；

⑥入职体检报告。

**社会化医师：**

①《住院医师规范化培训社会化报名表》一份（见附件4）；

②个人简历一份；

③身份证原件及复印件一份；

④白底1寸证件照2张和白底电子证件照；

⑤应届生：毕业证书、学位证书、毕业生就业推荐表和成绩单原件及复印件各一份（未领到毕业证书或学位证书者，可由学历证明加盖本校教务部门公章代替）；

⑥往届生：毕业证书及学位证书原件及复印件各一份；研究生应同时提交本科和研究生学历、学位证书原件及复印件各一份，同时应提供相应学历、学位证书的学信网证明；

⑦国家英语水平考试成绩单原件及复印件各一份；

⑧已取得《医师资格证书》的需提供证书原件和复印件一份；

⑨有培训经历者需提供培训证明材料。

⑩体检报告（参照入职体检）。

**六、招录考试**

社会化招收住院医师需参加招录考试，考试方式分笔试、技能考核和面试，内容侧重于临床专业知识、基本技能和综合素质测试。考试时间初定于2024年8月，具体时间和地点另行通知。

**七、其他事项**

社会化招收住院医师中的往届毕业生报名后通过远程资格审核者，接到通知后可提前来院进行现场审核，通过相关测试后可先期进入相关专业基地接受初步培训，期间待遇参照正式培训。

社会化住院医师在我院培训期间表现良好，各项考试成绩优良，结业后可优先招聘留院工作。

**八、政策咨询**

招收政策咨询联系人：康老师（13382950681）、谭老师（15961308216）、王老师（15961393336）。

邮箱：13382950681@189.cn。

通讯地址：连云港市第二人民医院 科教部住培办。

（连云港市海州区海连东路41号　邮编：222006）

附件：1、2024年住院医师规范化培训招收专业计划

2、住院医师规范化培训单位委托培养报名情况汇总表

3、住院医师规范化培训单位委托培养报名表

4、住院医师规范化培训社会化招收报名表

连云港市第二人民医院

2024年2月20日

附件1：

**连云港市第二人民医院**

**2024年住院医师规范化培训招收计划表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **专业代码** | **专业名称** | **毕业专业** | **学历要求** | **招收人数** |
| 1 | 0300 | 急诊科★ | 临床医学或急诊医学相关 | 本科及以上 | 9 |
| 2 | 0700 | 全科★ | 临床医学或全科医学 | 本科及以上 | 5 |
| 3 | 1900 | 麻醉科★ | 临床医学或麻醉学 | 本科及以上 | 5 |
| 4 | 0900 | 外科 | 临床医学或外科学相关 | 本科及以上 | 8 |
| 5 | 1400 | 骨科 | 临床医学或骨科学相关 | 本科及以上 | 8 |
| 6 | 0100 | 内科 | 临床医学或内科学相关 | 本科及以上 | 9 |
| 7 | 0600 | 神经内科 | 临床医学或神经内科学相关 | 本科及以上 | 10 |
| 8 | 2200 | 放射科 | 临床医学或医学影像学 | 本科及以上 | 10 |
| 9 | 2300 | 超声医学科 | 临床医学或医学影像学 | 本科及以上 | 11 |
| 10 | 2500 | 放射肿瘤科 | 临床医学或放射肿瘤学 | 本科及以上 | 10 |
| 11 | 2100 | 检验医学科 | 临床医学或医学检验学（2012年12月31日前入学） | 本科及以上 | 10 |
| 12 | 2800 | 口腔全科 | 口腔医学 | 本科及以上 | 6 |
| 合计： | | | | | 101 |

★为紧缺专业，可超计划招录

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：连云港市第二人民医院住院医师规范化培训单位委托培养报名情况汇总表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **委托培训单位（公章）： 填报人： 联系方式： 填报时间： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **毕业院校** | **毕业年份** | **毕业证书编号** | **学历** | **学位** | **学位类型（科学/专业）** | **毕业专业** | **工作单位** | **单位级别** | **培训专业** | **往届/应届** | **是否取得执业医师资格** | **取得执业医师资格时间** | **执业医师资格证号** | **执业证号** | **执业类别** | **执业范围** | **邮箱** | **联系方式** | **QQ号** | **参培年份** | **银行** | **银行卡号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件3：连云港市第二人民医院住院医师规范化培训**

**单位委托培养报名表**

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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 |  | | | | | | | | | 毕业证书编号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学位 |  | | | | | | | | | 学位证书编号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学位类型  （硕、博） | □科学型 □专业型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | 住宅电话 | | | | | | |  | | | | | | | | | 手机 | | | | |  | |
| **报 名 情 况** | 报考培训专业 | | | | | | | |  | | | | | | | | | 执业范围 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 医师资格证书取得时间 | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师资格证书编号 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 医师执业证书取得时间 | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师执业证书编号 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **教 育 情 况** | 入学时间 | | | 毕业时间 | | | | | | | | 毕业院校 | | | | | | | | 专业 | | | | | | | | 学历 | | | | | 学位 |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  |
| **既往住院医师规范化培训经历** | 起止时间 | | | | | 单 位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 培训科目 | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **个 人 承 诺** | **1、本人承诺以上信息真实可靠。**  **2、本人自愿在连云港市第二人民医院接受住院医师规范化培训。**  本人签字：年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **审 核 意 见** | **单位审核意见：**  **盖章：**  **日期：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **所在地卫健委审核意见：**  **盖章：**  **日期：** | | | | | | | | | | | | |

连云港市第二人民医院 科教部住培办

**附件4： 连云港市第二人民医院住院医师规范化培训**

**社会化报名表**

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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 |  | | | | | | | | | 毕业证书编号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 最高学位 |  | | | | | | | | | 学位证书编号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 学位类型（硕、博） | □科学型 □专业型 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | 住宅电话 | | | | | | |  | | | | | | | 手机 | | | |  | |
| **报 名 情 况** | 报考培训专业 | | | | 1、 | | | | | | | | 2、 | | | | | | | | 是否服从调剂 | | | | |  | | 执业范围 | |  |
| 医师资格证书取得时间 | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师资格证书编号 | | | | | | |  | | | | | |
| 医师执业证书取得时间 | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师执业证书编号 | | | | | | |  | | | | | |
| **教 育 情 况** | 入学日期 | | 毕业日期 | | | | | | 学校名称 | | | | | | | | | 专业 | | | | | | | 学历 | | | | 学位 | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |
| **工 作 情 况** | 工作时间 | | | | | | | | 单位名称 | | | | | | | | | 单位级别 | | | | | | | 从事岗位 | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **个 人 承 诺** | **1、本人承诺以上信息真实可靠。**  **2、本人自愿在连云港市第二人民医院接受住院医师规范化培训。**  本人签字：年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

连云港市第二人民医院 科教部住培办