**西南医科大学附属中医医院**

**住院医师规范化培训招生简章**

**一、报名条件：**

1. 本科及以上学历应届或往届毕业生，年龄不超过30岁。

2. 中医助理全科医生为我省非民族地区户籍、取得中医类专业专科学历毕业证书的应往届毕业生（成人教育取得中医类专业学历毕业证书须符合中医医师资格考试学历规定）；或已在基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、诊所等）从事临床工作、具备执业资格证书的中医执业助理医师。

3. 自愿以“培训学员”身份参加住院医师规范化培训者。

4. 具有适应岗位要求的身体条件及专业基础。

**二、招生专业：**

中医：中医、中西医结合、针灸推拿、中医全科、中医助理全科

临床：内科、神经内科、皮肤科、耳鼻喉科、检验科

**三、报名所需的资料**

1. 报名表（见附件）

2. 应届毕业生需提交的资料有：个人简历、加盖本校教务部门鲜章的在校成绩单、英语及计算机等级证书、身份证复印件各1份。  
 3. 非应届毕业生提供：个人简历、毕业证、学位证、英语及计算机等级证书及在校成绩单复印件、身份证复印件各1份。

4. 委培学员需提供原单位开具的委培证明。

5. 已经获得执业医师资格者提供复印件1份。  
 以上资料可邮寄到西南医科大学附属中医院继教培训中心(地址：四川省泸州市龙马潭区春晖路182号。邮政编码：646000)信封左下角注明“报名”。面交资料地点：西南医科大学附属中医院继教培训中心（行政楼5楼）。

**四****、招生考试及录取**  
 1、理论考试 、操作考试及面试，**考试时间安排请关注医院网站公告栏或者电话通知（请保持电话畅通）**  
 **2、录取：**根据考生成绩和体检结果择优录取，录取通知将在西南医科大学附属中医医院网站公布。  
 五、**报名时间：**2016年11月11日—2016年12月10日

**六、咨询电话：**0830-2523300；联系人：张老师、康老师

**西南医科大学附属中医医院**

**继教培训中心**

附件：

**住院医师规范化培训报名表（2017）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 出生日期 | | | |  | | | | | | | 贴一寸彩照 | |
| 性 别 | |  | | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | | |
| 民 族 | |  | | | | 健康状况 | | | |  | | | | | | |
| 政治面貌 | |  | | | | 婚姻状况 | | | |  | | | | 既往病史 | | |  | |
| 外语水平 | |  | | | | 学 历 | | | |  | | | | 社会工作 | | |  | |
| 所学专业 | |  | | | | 学 位  （科学/专业） | | | |  | | | | 有无医师执照 | | |  | |
| 毕业学校 | |  | | | | | | | | | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | 是否应届生 | | |  | |
| 培训科别志愿 第一： 第二： 第三： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生源地 省 市 [县、区] | | | | | | | | | 单位 | | | | | | | | | |
| 家庭住址 家庭电话 邮编 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人联系方式 | | | 手 机 | |  | | | | | | 通讯地址 | | | |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | 其他方式 | | | |  | | | |
| 工 作（实习） 经 历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临床工作  起止时间 | 时间长度 | | | 医院  名称 | | | 医院  级别 | 科 室 | | | | 职 务 | 证明人 | | | 证明人  现任何职 | | 证明人  联系电话 |
|  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  | | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加住院医师培训  最大的几点愿望 |  | | |
| 参加住院医师培训  最大的几点顾虑 |  | | |
| 履历（包括小学以上学历） | | | |
| 年月日 至 年月日 | | 何学校（单位） | 何种学历（职业、职务） |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 获奖情况 | |  | |
| 有何特长  （以证书为准） | |  | |
| 单位意见  （委培学员填写） | | （盖章） | |
| 信息确认 | | **本人承诺：以上填报信息均为真实信息。本人自愿以住院医师规范化培训学员身份参加西南医科大学附属中医医院住院医师规范化培训。**  **申请人签字**  （手写正楷签名）  **年** **月** **日** | |