**河南中医药大学第三附属医院**

**2024年本院住院医师报名参加中医住院医师规范化培训**

**科室确认表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **工作单位** |  | **科 室** |  |
| **身份证号** |  | **个人电话** |  |
| **执业资格** | **□有 □无** | **入院时间** | **年 月**  |
| **最高学历** |  | **毕业院校** |  |
| **毕业专业** |  | **毕业时间** | **年 月**  |
| **拟培训基地** | **河南中医药大学第三附属医院** |
| **拟培训专业** |  | **培训开始年份** |  |
| **科室意见** | **同意我科 住院医师参加 年 专业住院医师规范化培训，并遵守医院相关制度，服从医院安排。****科主任签字：**  **年 月 日** |
| **科室主管领导****意见** |  **签字：**  **年 月 日** |
| **说明** |
| 1. 按照国家住院医师规范化培训工作要求，所有新进医疗岗位的本科及以上学历医师必须接受住院医师规范化培训。2. 要求当年6月30日前入院的住院医师参加当年的住院医师规范化培训；6月30日后入院的住院医师参加次年的住院医师规范化培训。3. 住院医师应从参加住院医师规范化培训开始，按照医院安排统一进行科室轮转；无故不得办理延期。 4. 培训年限核定：本科、科学型硕士、博士学历培训年限为3年；专业型硕士培训年限为2年；专业型博士培训年限为1年。 5. 培训期限核定为1年者，培训期间不得办理延期，否则作退培处理；退培后3年内不得参加住院医师规范化培训；请提前做好规划。6. 科室应做好科室人员安排；本表由科室负责人、主管领导签字负责；签字则视作同意以上1-5条要求。 |