

无锡市第二人民医院

2024年度住院医师规范化培训招生通知

无锡市第二人民医院（江南大学附属中心医院）始建于1908年，现为三级甲等综合医院。医院是国家级胸痛中心、国家高级卒中中心，设有国家级博士后科研工作站、5个省市级院士工作站、复旦大学附属中山医院—无锡二院医疗技术协作中心、中国神经内镜培训基地（首批）。

无锡市第二人民医院国家基地设有17个专业基地，全科基层社区为广益街道社区卫生服务中心。为更好地发挥国家级住院医师规范化培训基地的作用，现决定结合本院各专业基地实际培训能力，面向社会和委培单位招收2024年度住院医师规范化培训学员。本次招生遵循公开公平、专业均衡、双向选择的原则，通过考核，择优录取，具体事项如下：

一、招收对象与条件

（一）招收对象

第一学历为普通高等院校全日制西医医学专业本科及以上学历的应届和往届毕业生。

（二）基本条件

1. 具有中华人民共和国国籍，享有公民政治权利；
2. 坚持四项基本原则，拥护党的路线、方针、政策；
3. 遵纪守法，品行端正，廉洁奉公；

4. 身心健康，能胜任住院医师规范化培训的临床学习和工作；

5. 自愿参加住院医师规范化培训；

(三) 招生要求

1. 学历为全日制本科及以上学历的人员，应同时取得相应学位，且专业为报名方向或临床医学专业；

2. 往届生应已取得执业医师资格证书；

3. 全科、麻醉科、重症医学科、急诊科、临床病理科等紧缺专业优先录取；

4. 报名委托培养的人员，需征得原单位同意，在本院全程接受住院医师规范化培训。

二、招收专业及计划

1. 拟招录学员 44 名，可报名培训专业 15 个。分别为：内科、神经内科、外科、外科（神经外科方向）、外科（泌尿外科方向）、骨科、急诊科、临床病理科、放射科、眼科、耳鼻咽喉科、全科、皮肤科、超声医学科、重症医学科。

2. 具体计划如下表，其中，非紧缺专业的招录计划，将根据实际的报考情况进行适度的调整。

| 专业基地 | 招生计划 | 专业基地 | 招生计划 |
|------------|------|-------|------|
| 外科 | 4 | 眼科 | 2 |
| 外科（神经外科方向） | 1 | 超声医学科 | 3 |

| | | | |
|------------|------|--------|----|
| 外科（泌尿外科方向） | 2 | 放射科 | 4 |
| 骨科 | 1 | *全科 | 10 |
| 皮肤科 | 2 | *重症医学科 | 1 |
| 耳鼻咽喉科 | 1 | *急诊科 | 1 |
| 内科 | 10 | *临床病理科 | 1 |
| 神经内科 | 1 | | |
| 合计 | 44 人 | | |

3. 培训时间为 3 年（36 个月）。

三、招录程序

（一）报名时间及方式

1. 报名时间：即日起至 2024 年 8 月 1 日

2. 报名方式：

（1）报名人员需统一加入指定的“2024 年无锡市第二人民医院住培招生工作群”（QQ 群号：534324749）；

（2）请将报名材料整理成压缩包，并按照“报名专业+姓名+手机号”的格式统一命名文件，上传至指定的 QQ 群群文件中，完成线上报名；

（3）或本人携带完整的报名材料，前往无锡市第二人民医院南院区 6 号楼 12 楼的住培办公室（位于中山路 68 号），进行现场报名。

（二）报名资格审查

1. 报名时须对以下材料进行审核：

(1) 《无锡市第二人民医院 2024 年住院医师规范化培训社会化/单位委托培养学员报名表》一份（见附件 1）；

(2) 个人简历一份；

(3) 身份证原件及复印件一份；

(4) 近期免冠证件照片电子版（白底）一张；

(5) 就业推荐表、就业协议书；

(6) 在校阶段成绩单原件及复印件一份，英语和计算机等级考试成绩单原件及复印件一份；

(7) 提供本科及以上学历证书、学位证书原件、教育部学历证书电子注册备案表及复印件各一份（可延期至 8 月份，如不能提供，已录取学员则取消录取资格）；

(8) 获奖证书原件及复印件一份；

(9) 已取得“医师资格证书”者需提供证书原件和复印件一份；

(10) 单位委托培养学员需提供在职在岗证明及《单位委培住院医师规范化培训学员报名汇总表》一份（见附件 2，需加盖委托单位公章）。

注：申请委托培养的人员，由单位统一进行报名，所提供的材料复印件应加盖申请单位公章。

2. 线上报名的人员，在参加考试时，务必携带报名材料以供复核。

四、考试与录取

（一）考试形式及范围

考试分笔试和面试，考试范围为执业医师考核范围，考试具体时间、地点另行通知。

（二）录取方式

根据报考专业学员的考试成绩，择优录取，并公示。确认招收的人员，将与医院签订培训协议，并办理有关手续。

五、培训待遇及相关规定

（一）收入及补贴

1. 根据国家相关政策法规以及本院颁布的《无锡市第二人民医院住院医师规范化培训管理制度》（二院政〔2023〕119号）文件规定，培训待遇将严格按照其中要求执行。对于社会化学员，本院将实行同工同酬原则，确保其与本单位编外合同制员工在薪酬及福利待遇方面享有同等待遇。

2. 严格按照国家及本院相关政策文件的规定执行，贯彻“两个同等对待”的指导意见，确保住培学员在待遇方面享有与本院同级同类人员相同的权益。关于生活补助及绩效的发放，每月进行考核，并根据考核结果进行及时、准确发放。具体发放细节如下：

| 发放类别 | 第一年 | 第二年 | 第三年 |
|-------|--------|--------|--------|
| 非紧缺专业 | 9.9万元 | 10.5万元 | 10.9万元 |
| 紧缺专业 | 10.3万元 | 10.9万元 | 11.5万元 |

(1) 每年预计年收入，含五险一金及各类补助：

(2) 各类补助发放原则：

| 发放类别 | 第一年 | 第二年 | 第三年 |
|-----------------------|---------------------------------|-----|-----|
| 补助系数 | 0.9 | 1 | 1.1 |
| 非紧缺专业补助 | 2800-3800 元/月 | | |
| 紧缺专业补助 | 在非紧缺专业补助基础上 额外发放 350-420 元/月 | | |
| 学历补贴 | 硕士及以上学历者，200 元/月 | | |
| 住房补贴 | 非本院宿舍住宿人员，300 元/月 | | |
| 奖学金 | 表现优异者经评选，1000-4000 元/年 | | |
| 其他节假日加班费、夜班费按本院人事制度执行 | | | |

(二) 其他相关规定

1. 培训学员需严格按培训协议完成培训内容。

2. 若学员在规定培训时间内未按要求完成培训任务或考核未合格，经过正式申请，培训时间可予以顺延。顺延培训期间，医院将不再提供任何形式的薪酬待遇，带教费用需由学员自行承担。由于各种原因导致的培训时间延长，其延长时间不得超过两年。

3. 委培学员的人事及劳动关系保留在原单位，培训结束后，学员回派送单位。社会学员需自主就业，医院可对培训结业学员

择优录用。

六、招收政策咨询电话

招收政策咨询电话：0510-68562953

Email: wxeykjk@163.com

联系人：潘老师、李老师

附件 1:

无锡市第二人民医院 住院医师培训学员报名登记表

| | | | | | | | | |
|---------------|---|---|-----------------------------------|----------|----------------------------------|----|--------|--|
| 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 | | | |
| | 身份证号 | | | | | | | |
| | 外语水平 | | 计算机能力 | | | | | |
| | 最高学历 | | 毕业证书编号 | | | | | |
| | 最高学位 | | 学位证书编号 | | | | | |
| | 学位类型 | <input type="checkbox"/> 科学型 <input type="checkbox"/> 专业型 | | 通讯地址 | | | | |
| | 电子邮箱 | | 住宅电话 | | 手机 | | | |
| 报名情况 | 报名人员类型 | | <input type="checkbox"/> 委托培养住院医师 | | <input type="checkbox"/> 社会化住院医师 | | | |
| | 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、本人自愿全程在无锡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 | | | | | | | |
| 委派单位意见 | 本单位同意委派该住院医师全程在无锡市第二人民医院接受住院医师规范化培训, 并承诺不会因单位工作等原因将该学员调回, 且在培训期间将接受培训基地的各项管理。 (社会化住院医师无需填写) 院长签字: _____ 单位盖章: _____ 年 月 日 | | | | | | | |

