南方医科大学口腔医院（广东省口腔医院）

2022年住院医师规范化培训招收简章

南方医科大学口腔医院(广东省口腔医院)，是华南地区最具规模的集医疗、教学、科研、预防为一体的三级甲等口腔医院，也是我国最早建立的五大临床口腔医院之一。医院建于1962年，2017年1月成建制划转南方医科大学管理，形成“四院区、两分院、一中心”的布局规模。牙科综合治疗台422张，开放床位50张，年门诊量近80万人次。医院下属企业广东粤诚牙科技术开发中心，是国内第一家大型国有义齿加工制作中心。

医院设置有涵盖各口腔亚专业的临床专科，口腔专科诊疗科目门类齐全。牙周病科是第一批国家临床重点专科；牙颌面畸形正颌外科矫治治疗团队技术力量强、品牌美誉度在国内领先；显微根管、微创拔牙等微创诊疗技术，种植修复，数字化综合诊疗设计加工平台，复杂成人正畸，儿童早期矫治，儿童全麻镇静舒适化治疗，保持国内领先水平。积极开展疑难病种MDT诊疗模式，是区域解决口腔疑难复杂疾病的核心力量。

医院是首批国家级住院医师规范化培训基地，是国家医师资格考试实践技能考试与考官培训基地。佛山市口腔医院、南方医科大学深圳口腔医院（广东省深圳牙科医疗中心）为我院住院医师规范化培训专业基地容量协同单位。

根据国家及广东省住院医师规范化培训有关规定，2022年我院住院医师规范化培训招收相关事项如下：

一、招收原则

坚持面向社会、公开公平、双向选择、择优录取的原则，采取个人报名的方式进行。

二、报名条件

1.热爱医疗卫生事业，身体健康，品学兼优，遵纪守法，具有中华人民共和国国籍（包括港澳台），享有公民的政治权利；

2.自愿参加住院医师规范化培训，能自觉遵守医院相关培训管理制度，学习努力，性格开朗，适应集体生活；

3.符合口腔类别执业医师资格考试报考条件；

4.招收对象包括以下三种类型：

（1）社会人：要求具有普通高等学校口腔医学专业全日制本科及以上学历，获得学士学位证书（不接受学士学位缓授）。

（2）外单位委托培训学员：有工作单位的人员须经工作单位选送，以“委托培训学员”身份报考。合作单位需提前与我院住培办接洽，出具合作意向函。不接受个人以此身份报考。要求通过口腔执业医师资格考试，具有普通高等学校口腔医学专业全日制本科及以上学历。

（3）本院单位人：本院拟参培员工，须经科室同意并报人事科审批，由人事科统一联系住培办。

5.有下列情况之一者，不予招录：属定向生的；未纳入国民教育系列招生计划的军队院校毕业生；成人高等教育学历毕业生；现役军人；法律法规规定的其它情形。

三、招收专业

| **专业代码** | **培训专业** | **计划招收人数** | **招收考试人数上限** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2800 | 口腔全科 | 5 | 20 |
| 3000 | 口腔颌面外科 | 3 | 15 |
| 3100 | 口腔修复科 | 2 | 15 |
| 3200 | 口腔正畸科 | 5 | 20 |

医院按不超过招收考试人数上限原则，择优筛选可参加招收考试的入围学员。

四、报名方法

**★须同时提交以下1、2点报名资料，否则报名无效。**

（一）问卷填报

南方医科大学口腔医院2022年住培招收报名问卷（https://docs.qq.com/form/page/DUW1SSE9iTFRMU3d5）

（二）提交电子版报名资料

1.报名表（附件1），个人简历，身份证，本科及以上所有学历的学历和学位证书（应届毕业生可在录取后再提供）、成绩单（需加盖教务部门公章)，执业医师资格证和执业证（如有），英语等级证书或成绩单，就业推荐表（社会人），在校证明及学生证（应届毕业生）；

2.申请者为口腔医学专业学位硕士、七年制硕士、八年制博士、专业学位博士，有两年及以上三甲医院口腔科或三级口腔专科医院临床工作经历者，需提供临床工作记录和相关考核资料，以及相关证明材料（如人事部门开具的工作证明、教学或住培管理部门开具的培训证明等）；

3.国（境）外的学历学位者，需提供教育部国（境）外学历学位认证书。

以上资料PDF扫描件命名后压缩打包，发送电子邮件至kjkjxyx@163.com (邮件标题“第一志愿专业-姓名-最高学历院校（应届毕业生即在读院校）最高学历”，如“口腔全科-张三-南方医科大学硕士”，否则视为报名无效)。

（三）系统报名

考生统一登录广东省住院医师规范化培训信息管理系统完成系统报名，网址http://gd.wsglw.net/Index.aspx。系统目前尚未开放，报名时间以上级部门文件为准，另行通知。

五、报名与考试

1.报名：即日起至4月8日。

2.资格审查及筛选：2022年4月9-15日。考生完成报名后，由医院进行资格审查，按不超过招收考试人数上限原则择优筛选可参加招录考试的入围学员。筛选结果拟于4月15日前通过电子邮件告知。

3.招收考试：拟于4月下旬开展，具体安排将通过电子邮件发送，请考生定期查阅邮件。

招收考试由医院统一组织，包括理论考试、面试和临床实践技能考试，根据综合成绩择优录取。未招满额的专业，根据实际情况择优调剂或开展第二轮招收。

六、培训年限及待遇

（一）培训年限

培训时间通常为3年。期间按照《住院医师规范化培训内容与标准（试行）》要求完成临床轮转培训，通过过程考核和结业考核。在规定时间内未按要求完成培训者需延期培训，延期时间不超过3年，期间无相应补助，费用由个人承担。

（二）培训待遇

1.个人无需缴纳住院医师规范化培训费用；

| 学历 | 第一年（元/月） | 第二年（元/月） | 第三年（元/月） |
| --- | --- | --- | --- |
| 本科 | 4000元+绩效 | 4500元+绩效 | 5000元+绩效 |
| 硕士研究生 | 4500元+绩效 | 5000元+绩效 | 5500元+绩效 |
| 博士研究生 | 5000元+绩效 | 5500元+绩效 | 6000元+绩效 |

2.社会人及本院单位人均与医院签订《劳动合同》，培训期间每月发放补助（含上级财政补助），含固定的基本生活补贴、住宿补贴和浮动的绩效，合计平均标准如下：

绩效的发放参照医院相关文件执行。

3.社会人实行人事代理制度，学员须将人事档案挂靠正规的人事代理机构，医院按照国家标准购买“五险一金”；

4.医院不提供住宿，住房补助一并纳入生活补助；

5.委培学员培训期间待遇及人事管理按我院与派送单位之间的协议要求执行；

6.培训学员结业后，劳动合同自然终止并自行择业。根据医院当年实际情况择优留院工作。

七、相关政策

根据《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》（国办发〔2020〕34号），“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。”

八、联系方式

住培办公室联系人：麦老师、桂老师，020-84418626/84413940

地址及邮编：广东省广州市海珠区江南大道南368-1号南方医科大学口腔医院（广东省口腔医院）连州楼7楼科教科，510280

医院官网：http://www.smukqyy.com/

九、交通指南

地铁2号线、8号线：昌岗站F出口

公车站：广医二院站、华海大厦站、信和广场站、礼岗站、海珠购物中心站

十、本招收简章解释权归南方医科大学口腔医院

附件1：2022年南方医科大学[口腔医院住培报名表](http://210.38.57.70:8180/download.jsp?attachSeq=1897&filename=20130422145452530.doc)

南方医科大学口腔医院（广东省口腔医院）

2022年3月16日

南方医科大学口腔医院2022年住院医师规范化培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | | | |  | | 出生年月 | |  | | | | 照片  （插入照片，  并删除文字） | |
| 民族 | |  | | 籍贯 | | | |  | | 政治面貌 | |  | | | |
| 最高学历 | |  | | 最高学位 | | | |  | | 毕业专业 | |  | | | |
| 毕业时间 | |  | | 毕业院校 | | | |  | | | | | | | |
| 外语水平 | |  | | 计算机能力 | | | |  | | 特长 | |  | | | | | |
| 手机号码 | |  | | 身份证号 | | | |  | | | | 健康状况 | | | | |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | | | | | |
| 家庭  成员 | 姓名 | | 关系 | | 工作单位及职务 | | | | | | | | 联系电话 | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |
| 学习  及  工作  履历 | 起止时间 | | | | | | 学校院系/工作单位 | | | | 身份 | | 证明人 | | 联系方式 | | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | |
|  | | | | | |  | | | |  | |  | |  | | |
| 学习  及  工作  期间获得奖励 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 处分  情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考  专业 | 志愿一 | | | | | 志愿二 | | | 志愿三 | | | | | 是否服从调剂 | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 自我鉴定 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人意见 | | 本人志愿参加住院医师培训，并遵守培训协议。  签名：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在学校或单位意见 | | 签名（盖章）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 培训基地意见 | | 签名（盖章）：  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

双面A4纸打印