

# 云南省第一人民医院

## 进修申请表 (医师)

姓 名 \_\_\_\_\_

选 送 单 位 \_\_\_\_\_

联 系 电 话 \_\_\_\_\_

填表日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

报到日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

结业日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 进修须知

## 一、申请条件

### (一) 个人条件

1. 须具备大专及以上学历并从事本专业工作 3 年以上，医师必须获得执业医师或执业助理医师执业资格证书，医技、药学、病案统计须获得相关专业资格证书；

2. 对患有传染病、慢性疾病、结婚、怀孕、哺乳期、照顾病人的医师以及在进修期间有晋升、调动、考试、上学等特殊情况的，不予以接收进修。

### (二) 申请医院条件

应为二级及以上公立医疗机构、大型厂矿职工医院或部队团以上医疗单位。

## 二、网上报名

(一) 报名时间：每月 1-15 日(月初有 5 天及以上节假日则当月不办理进修，故 5 月劳动节和 10 月国庆节不接收进修)。

### (二) 进入“云南省第一人民医院官方网站

(<http://www.ypfph.com/>)” → “教学科研” → “医务进修” → “医师进修/医技进修” → “报名”，填写完整报名信息后等待审核。

(三) 审核通过名单在报名结束后 7 个工作日内发布，自行登录“云南省第一人民医院官方网站(<http://www.ypfph.com/>)” → “教学科研” → “医务进修” → “医师进修/医技进修” → “公示”查看。

### 三、进修报道

(一) 审核通过人员方可来院办理进修手续。

(二) 进入“云南省第一人民医院官方网站 (<http://www.ypfph.com/>)” → “教学科研” → “医务进修” → “医师进修/医技进修” → “下载”，下载并完整填写《云南省第一人民医院进修人员申请表》，“选派单位意见”一栏由原单位同意并盖章，携申请表至我院医务处报到。

(三) 报道时间：每月第 1-3 个工作日，其余时间不报道。

(四) 报道地点：金碧路 157 号云南省第一人民医院 1 号楼 13 楼 1304 办公室。

注：进修人员住宿自理，工作服自备（要求无原单位标识）。

### 四、进修期间要求

(一) 进修学习期间不得迟到、早退、无故旷工。

(二) 病假：三天以内由科室审批，超出三天持我院或省级三甲医院开具的病假证明、病历，填写《进修人员请假申请表》到医务处备案，超过一周应顺延培训。

(三) 事假：三天以内由科室审批，超出三天必须由原单位主管部门出函请假（凡来电报、电话请假一概无效，否则按旷工处理），填写《进修人员请假申请表》到医务部备案，超过一周应顺延培训。

(四) 学习期间无探亲假、寒暑假、教学假，进修期间不准攒假休息和私自换班，有特殊情况可请事假。请假超时不归者按终止进修处理。

(五) 进修人员必须服从医院各项医院规章制度，违反相关制度造成任何后果由个人承担并将不予办理结业证书。

(六) 进修人员需要注重进修期间各项安全问题，若出现任何安全问题及时向我院保卫科及相关职能部门进行联系、备案。

(七) 进修期间若发生时间及科室变更、增加进修科室、延长进修时间，需提交单位相关部门书面申请至医务处备案。

(八) 进修人员采取计分考核管理，执行百分制，公共考核占 80 分，培训学术占 20 分，详见《进修人员结业考核评分表》，进修结业考核总分不满 60 分不予办理结业。

## 五、进修结业办理

(一) 进修期满，本人填写《云南省第一人民医院进修人员申请表》“自我鉴定”一栏，科室负责人进行考评并填写“科室鉴定”并签字，考勤表按照实际出勤情况由带教老师填写并签字盖章，携带至医务处办理结业。

(二) 办理时间：进修结束当日（如遇周末或节假日则提前办理），其余时间不办理。

注：医院将根据进修人员实际进修学习时间进行证明及证书发放，不满三个月仅发放学习证明，三个月及以上发放结业证明。

## 六、联系电话

医务处：0871-63616931

保卫科：0871-63638112

姓 名		性 别		出生年月		照 片
政治面貌		从事专业		婚 姻		
最高学历				民 族		
职 称			何时参加工作			
申请进修专业		科 个月		科 个月		科 个月
医师资格证书编号						
医师执业证书编号						
现工作单位						
邮 编				联 系 电 话		
主 要 学 习 工 作 简 历	起 止 年 月			学 校 / 单 位 名 称		

<p>本人专业水平与进修目的或要求</p>	<p style="text-align: center;">申请者签名_____</p>
<p>选送单位意见</p>	<p>负责人签字：_____</p> <p>部门：_____</p> <p style="text-align: right;">(单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">_____年___月___日</p>
<p>接收单位审核意见</p>	<p style="text-align: right;">(盖章) _____年___月___日</p>

填表说明：

为保证进修生质量，此表须由选送人员主管部门签署意见加盖单位公章。

<p>个人 鉴定</p>	
<p>科室 鉴定 意见</p>	<p>科主任签字： _____年__月__日</p>

科室 鉴定 意见	科主任签字： _____年__月__日	
	科主任签字： _____年__月__日	
科室 鉴定 意见	科主任签字： _____年__月__日	
	科主任签字： _____年__月__日	
医务处 意见	(盖章) _____年__月__日	
	进修结业证书编号	





