

# 盐城市 2023-24 年中医类别全科医生转岗培训报名公告

各县（市、区）卫生健康委，盐城经济开发区、盐南高新区社事局，各基层医疗卫生机构：

为深入推进基层全科中医药人才队伍建设，提升基层中医药服务能力，根据国家中医药管理局《基层医疗卫生机构中医全科医生转岗培训大纲（试行）》（国中医药人教教育便函〔2011〕187号）和省中医药管理局“关于做好2023年中医全科医生转岗培训工作的通知”（苏中医科教函〔2023〕14号）要求，国家中医住院（全科）医师规范化培训基地（盐城市中医院）拟组织开展全市2023年中医类别全科医生转岗培训。现将有关事项通知如下：

## 一、中医全科培训目标

对我市拟从事或已从事基层卫生服务的中医执业医师开展转岗培训，以达到中医类别全科医师岗位执业的基本要求，逐步建立一支能够满足基层中医药服务需要的中医类别全科医师队伍，加强基层医疗机构中医类别全科医生供给配备。

## 二、全科转岗培训对象

我市基层医疗卫生机构中正在从事或即将从事中医医疗工作、尚未接受过中医全科医生转岗培训、中医医师规范化培训（中医全科专业）或中医助理全科医生规范化培训的中医类别执业（或助理）医师，也就是2012年以前参加工作（或已取得中级以上职称）、未达到中医全科医生转岗培训合格要求的中医执业（助理）医师。

## 三、全科转岗培训安排

按照《关于印发〈基层医疗卫生机构中医类别全科医师转岗培训大纲（试行）〉的通知》（国中医药人教教育便函〔2011〕187

号)执行,转岗培训时间为1年,其中理论培训1个月(160学时),临床培训10个月,基层实践培训1个月,全部培训内容在一年内(2023年10月—2024年10月期间)完成。

**(一)理论培训。**理论培训主要形式为集中授课,共160学时。由中医住院(全科)医师规范化培训基地(盐城市中医院)统一组织,采用线下面授形式,具体培训课程内容、时间和地点安排另行通知。

同步通过“江苏中医在线”系统平台组织培训对象利用业余时间进行网络课件(理论专题)自学。

**(二)临床培训。**由中医住院(全科)医师规范化培训基地(盐城市中医院)统一安排培训对象至中医全科临床培训基地中医医院进行10个月的临床培训。

#### 1.临床轮转科室及时间要求。

中医内科4个月(肺病科、心血管科、脾胃病科、肾病科、内分泌科、神经内科(六选三)),急诊(包括院前急救)2个月(必修);其它中医专业临床科室4个月(中医外科、中医妇科、中医儿科、中医骨伤科、针灸科、推拿科、康复科、五官科(中医耳鼻科、中医眼科各两周))(八选四)4个科室进行轮转,所选每个科室轮转时间不少于1月。

2.培训方式。临床培训以培育岗位胜任能力为核心,严格按照培训标准,规范制定学员临床轮转科室计划。轮转期间,开展跟师临床科室实践,进行案例讨论、技能训练、课程讲座等方式教学实践,每周安排不少于半天的集中学习,学习临床诊疗和全科医学相关知识及技能。重点掌握临床常见症状的中西医诊断与鉴别诊断、主要疾病的中西医防治与转诊指标、常用中西医诊疗操作技术。

**（三）基层实践培训。**由中医住院（全科）医师规范化培训基地（盐城市中医院）统一编制计划安排到相关基层实践基地进行1个月的基层实践培训。

基层实践培训以讲课、示教、病历讨论、社区调查等形式开展。学员在指导老师的指导下，直接参加基层卫生服务机构的中医全科医疗诊疗实践和病人管理活动，树立以人民为中心、以家庭为单位、立足于社区范围的服务理念；培养为个体与群体提供连续性、综合性、协调性服务的能力，与服务对象沟通并建立良好医患关系的技巧；掌握重点人群的特殊预防保健的要点与基本知识；训练社区卫生服务综合管理和团队合作的能力，以及结合实际工作发现问题、开展医疗与健康数据科研总结的基本素质。

#### **四、培训考核与证书发放**

2023年中医类别全科医生转岗培训考核包括过程考核（理论培训考核、临床培训考核和基层实践培训考核）和结业考核。

**（一）过程考核。**理论培训考核由中医住院（全科）医师规范化培训基地（盐城市中医院）组织实施。临床培训考核与基层实践培训考核，分别由中医住院（全科）医师规范化培训基地（盐城市中医院）轮转科室及组织基层实践培训基地实施。

**（二）结业考核。**过程考核合格者，准予参加由省级中医药管理部门统一组织的结业考核，包括结业理论考核和结业临床实践能力考核。

**（三）证书发放。**结业考核合格者，由省级中医药管理部门统一颁发《中医全科医生转岗培训合格证书》，作为注册中医全科医学专业执业方向的依据。

#### **五、中医全科转岗培训报名**

**（一）符合中医全科转岗培训对象的同志根据本招生公告、**

条件标准等明确理论集中培训 160 学时、基层实践培训 1 个月、急诊（院前急救）必修 2 个月的学习计划，并以“中医全科岗位胜任能力”的中医内科（六选三）及其它中医专业临床科室（八选四）各 4 个月、计八个月的技术进修和技能培训细化临床学习项目安排，经单位审核同意签章后，形成“中医类别全科医生转岗培训学员报名申请表”（附件一）。

（二）县（市、区）卫健委审核转岗培训申请信息、签署意见后，汇总填报“中医类别全科医生转岗培训报名申请汇总表”（附件二），“培训学员报名申请表”与“报名申请汇总表”一并于 8 月 15 日前报盐城市中医院科教科（电子版及签章 pdf 版发至 jsywzy@163.com）。

（三）县（市、区）卫健委（四）及时准确上报培训招收信息。培训基地要高度重视学员招收和信息上报，指定专人负责培训学员信息上报工作，确保报送的信息真实准确。

（四）国家中医住院（全科）医师规范化培训基地（盐城市中医院）于 9 月 1 日前将学员信息录入省中医医师规范化培训管理平台。按照《基层医疗卫生机构中医全科医生转岗培训大纲（试行）》要求，组织开展理论培训、临床培训和基层实践培训。

（五）培训学员进入培训基地接受培训前，参照《江苏省中医住院医师规范化培训协议范本》签署协议，依法签订劳动合同，进一步明确培训工作参与各方的权利和义务。经单位同意派出参加培训的学员，单位要保证其培训时间，培训期间人事关系不变，工资福利待遇按照国家有关政策执行，由所在单位发放，工作年限连续计算。

国家中医住院（全科）医师规范化培训基地

（盐城市中医院代章）

2023 年 8 月 日

中医类别全科医生转岗培训学员报名申请表

姓名		性别		职 称		近期 照 片	
身份证号							
工作单位				参加工作时间			
执业类别	执业医师 <input type="checkbox"/>		执业助理医师 <input type="checkbox"/>		从事临床年限		年
执业证编号							
毕业院校				毕业时间			
学历/学位				所学专业			
现从事专业				擅长病种			
个人联系电话				电 邮			
通讯地址							
个人 主 要 简 历	起止年月	在何单位学习和工作			任何职称/职务		
拟 进 修 学 习 的 内 容 及 要 求	基层实践培训（不少于1个月）要求：_____， 社区实践基地：_____社区卫生服务中心（乡镇卫生院）。						
	理论培训（不少于1个月、160学时）要求：_____， 中医全科医学概论 <input type="checkbox"/> 、 医学心理学与精神卫生 <input type="checkbox"/> 、 预防医学 <input type="checkbox"/> 、 中医养生保健学 <input type="checkbox"/> 、 中医康复学 <input type="checkbox"/> 、 社区基本诊查技能 <input type="checkbox"/> 、 社区中医适宜技术 <input type="checkbox"/> 、 社区临床常见病证及处理 <input type="checkbox"/>						
	临床理论培训（不少于40学时）要求：_____，						
	临床科室轮转必修急诊科【（包括院前急救）计2个月】要求：_____，						
	临床科室轮转中医内科【（六选三）计4个月】要求：_____， 肺病科 <input type="checkbox"/> 、心血管科 <input type="checkbox"/> 、脾胃病科 <input type="checkbox"/> 、肾病科 <input type="checkbox"/> 、内分泌科 <input type="checkbox"/> 、神经内科 <input type="checkbox"/>						
	临床科室轮转选修科室【（八选四）计4个月】要求：_____， 中医外科 <input type="checkbox"/> 、中医妇科 <input type="checkbox"/> 、中医儿科 <input type="checkbox"/> 、中医骨伤科 <input type="checkbox"/> 、针灸科 <input type="checkbox"/> 、推拿科 <input type="checkbox"/> 、 康复科 <input type="checkbox"/> ，五官（耳鼻喉科、中医眼科各两周）-中医耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 、中医眼科 <input type="checkbox"/>						
选 送 单 位 意 见						（医疗事故记录，有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> ）	
	联系人：	联系电话：	签章	年 月 日			
卫 生 行 政 部 门 意 见						签章 年 月 日	
培 训 基 地 意 见						签章 年 月 日	

请附学历、职称和执业(或助理)医师资格等证书复印件

