

附件 1

2020 年重庆市住院医师规范化培训和助理全科医生培训结业考核报考流程

一、基地收集、初审、上报报考学员资料：

5 月 11-15 日各培训基地收集报考学员材料，认真审核资料内容，于 5 月 22 日前将 2020 年重庆市住院医师规范化培训结业考核学员报名汇总表（附件 2）和 2020 年重庆市助理全科医生培训结业考核学员报名汇总表（附件 3）电子版发送至指定邮箱 553702783@qq.com。5 月 25 日前将报名汇总表纸制件及报名相关资料提交至市住培事务管理办公室。

（一）住院医师规范化培训学员个人提供资料。

- 1.《2020 年重庆市住院医师规范化培训学员结业考核申请表》一式两 2 份（附件 4）；
- 2.《2020 年重庆市住院医师规范化培训学员阶段考核培训记录汇总表》1 份（附件 6）；
- 3.《住院医师规范化培训轮转登记手册》；
- 4.执业医师资格证书或资格考试合格成绩单复印件；
- 5.学历学位证书复印件 1 份；
- 6.重庆市住院医师规范化培训录取通知书复印件 1 份；

7.变更培训基地或专业基地的学员需提供变更基地申请表复印件；

8.减免培训轮转时间的学员需提供减免培训证明原件。

(二) 助理全科医生培训学员个人提供资料。

1.《2020年重庆市助理全科医生培训结业考核申请表》一式两份(附件5)；

2.《2020年重庆市助理全科医生培训学员阶段考核培训记录汇总表》1份(附件7)；

3.《助理全科医生培训轮转登记手册》；

4.学历证书复印件1份；

5.录取通知书复印件1份；

6.变更培训基地的学员需提供变更基地申请表复印件。

(三) 培训基地提供资料。

1. 学员轮转安排计划；

2. 学员出科考试成绩。

(四) 补考学员提供资料。

1.住院医师规范化培训学员提供《2020年重庆市住院医师规范化培训学员结业考核申请表》一式两份(附件4)。

2.助理全科医生培训学员提供《2020年重庆市助理全科医生培训学员结业考核申请表》一式两份(附件5)。

二、资格审核：

6月1-5日由住培事务管理办公室组织专家审核考生资格，符合以下条件者具有参加结业考核的资格。

（一）住院医师规范化培训。

- 1.完成住院医师规范化培训任务；
- 2.轮转计划符合住院医师规范化培训要求；
- 3.轮转手册填写真实、完整；
- 4.取得执业医师资格证书或执医考试成绩合格。

（二）助理全科医生培训。

- 1.完成助理全科医生培训任务；
- 2.轮转计划符合助理全科医生培训要求；
- 3.轮转手册填写真实、完整。

三、考核报名

（一）专业理论人机对话考核。

- 1.考生网上报名：6月15-26日。

通过资格审核的考生，登录网址：中国卫生人才网（www.21wecan.com）—考生入口—网上报名—2020年住院医师规范化培训和助理全科医生培训结业考核报名入口，注册并填写报名信息，上传照片，提交后打印报名表。

- 2.现场网报确认：6月15-30日。

（1）国家级住培基地的考生，需携带身份证、学历证、医师资格证复印件或资格考试合格成绩单及报名表到本基地住培

管理部门进行现场网报确认。

(2) 住培协同基地需收齐本基地考生的身份证、学历证、医师资格证复印件或资格考试合格成绩单及报名表，统一到主基地住培管理部门进行现场网报确认。

(3) 重庆医科大学、陆军军医大学并轨研究生需携带身份证、学历证、医师资格证复印件或资格考试合格成绩单及报名表，到培训基地住培管理部门进行现场网报确认。

(4) 各助理全科医生培训基地的考生，需携带身份证和报名表到本基地住培管理部门进行现场网报确认。

(5) 各住培主基地、助理全科医生培训基地网报确认后，于7月10日前，统一将学员报名表等资料报送至市住培事务管理办公室。

(6) 未在规定时间内进行现场网报确认的，视为无效考生。

(二) 临床实践能力考核。

考生网上报名：6月15-26日。

通过资格审核的考生，请登录重庆医药卫生人才网—重庆市住院医师、护士规范化培训专区 (<http://ks.cqwsr.com>)，凭本人姓名和身份证号码登录，上传照片，完成报名。

四、准考证打印

(一) 专业理论人机对话考核准考证打印：8月7—16日。

考生凭本人姓名和身份证号码登录中国卫生人才网

(www.21wecan.com) 打印本人理论考核准考证。

(二) 临床实践能力考核准考证打印：8月7-17日。

请考生登录重庆医药卫生人才网—重庆市住院医师、护士规范化培训专区 (<http://ks.cqwsr.com>) 打印本人临床实践能力考核准考证。

五、考核地点

以准考证确定地点为准。

六、成绩查询

暂定10月12—14日(实际查询时间以国家公布时间为准)。

七、合格人员名单公布：暂定10月30日前

在重庆市卫生健康委员会官网 (<http://wsjkw.cq.gov.cn/>)、重庆医药卫生人才网 (www.cqwsr.com) 公布。

八、结业证书办理

结业考核成绩合格者，由市卫生健康委颁发国家卫生健康委统一印制的《住院医师规范化培训合格证书》或《助理全科医生培训合格证书》。

附件 2

2020 年重庆市住院医师规范化培训 结业考核学员报名汇总表

基地医院：（盖章）_____

| 序号 | 姓名 | 身份证 号码 | 执医证书 编号 | 学历 | 培训 专业 | 报考 专业 | 培训起止时间 | 是否 补考 |
|----|----|-----------|------------|----|----------|----------|--------|----------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

附件 3

2020 年重庆市助理全科医生培训结业考核学员 报名汇总表

基地医院：(盖章) _____

| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 学历 | 培训起止时间 | 是否补考 |
|----|----|-------|----|--------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

附件 4

2020 年重庆市住院医师规范化培训 学员结业考核申请表

| | | | | | | | | | |
|--|--|----|----|--|---------------|--|----------|--|--|
| 本人填写 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 学历/学位 | | |
| | 培训基地 医院名称 | | | | 培训起止时间 | | 报考 专业 | | |
| | 培训学科 | | | | 联系电话 | | | | |
| | 培训 轮转 情况 (需填 写完整 的轮转 计划) | 时间 | | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | | |
| 时间 | | | | | | | | | |
| 科室 | | | | | | | | | |
| 培训登记手册记录汇总表 | | | | | 填写附件 4 | | | | |
| 培训基地填写 | 出科 考试 成绩 | 科室 | | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | | |
| | 注：出科考试成绩按百分制评定。 | | | | | | | | |
| 培训基地 意见 | 基地主任签名： | | | | | | | | |
| 培训基地医院资格审查意见： | | | | | 市卫生健康委资格审查意见： | | | | |
| 单位盖章： | | | | | 单位盖章： | | | | |
| 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 本人承诺，提交的报考信息真实、准确，无伪造、变造有关证件、材料、信息，骗取考试资格行为。如有不实，后果自负。 | | | | | | | | | |
| 承诺人签字： | | | | | | | | | |

附件 5

2020 年重庆市助理全科医生培训学员 结业考核申请表

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------|----|--------|--|----------------|--|----|--|--|
| 本人填写 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 学历 | | |
| | 培训基地 医院名称 | | 培训起止时间 | | | | | | |
| | | | 联系电话 | | | | | | |
| | 培训轮转情况 (需填写完整的轮转计划) | 时间 | | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | | |
| | | 时间 | | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | | |
| 时间 | | | | | | | | | |
| 科室 | | | | | | | | | |
| 培训登记手册记录汇总表 | | | | | 填写附件 4 | | | | |
| 培训基地填写 | 出科考试成绩 | 科室 | | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | | |
| | 注：出科考试成绩按百分制评定。 | | | | | | | | |
| 培训基地意见 | 基地主任签名： | | | | | | | | |
| 培训基地医院资格审查意见： | | | | | 市卫生健康委资格审查意见： | | | | |
| 单位盖章： 年 月 日 | | | | | 单位盖章： 年 月 日 | | | | |
| 本人承诺，提交的报考信息真实、准确，无伪造、变造有关证件、材料、信息，骗取考试资格行为。如有不实，后果自负。 | | | | | | | | | |
| 承诺人签字： | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | |
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | |
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | |
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | |

填表说明：1.科室按培训手册登记顺序填写。

2.如培训手册没有要求完成例数，对应栏填“0”，实际完成例数如实填写。

3.表格可根据实际需要往下延长。

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | | |
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | | |
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | | |
| 科室 () | 要求完成 | | | | | | | | | | |
| | 实际完成 | | | | | | | | | | |

填表说明：1.科室按培训手册登记顺序填写。

2.如培训手册没有要求完成例数，对应栏填“0”，实际完成例数如实填写。

3.表格可根据实际需要往下延长。