

重庆市卫生健康委员会办公室

重庆市卫生健康委员会办公室 关于开展 2021 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的通知

各区县（自治县）卫生健康委、两江新区社发局、高新区公共服务局、万盛经开区卫生健康局，各委属医疗机构，陆军军医大学各附属医院、陆军特色医学中心、陆军第九五八医院、武警重庆市总队医院，大型企事业单位职工医院：

根据国家卫生健康委人才交流服务中心《关于 2021 年度住院医师规范化培训和助理全科医生培训结业考核有关工作的通知》（卫人才发〔2021〕19 号）及重庆市住院医师规范化培训工作安排，经研究，决定开展 2021 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工作，现将有关事项通知如下：

一、考核对象

（一）住院医师规范化培训。

1.2018 年全市统一招收的具有临床医学专业专科学历、本科学历，学术型硕士/博士学位且已完成住院医师规范化培训任务

的学员。

2.2019 年全市统一招收的具有临床医学专业型硕士学位且已完成住院医师规范化培训任务的学员。

3.2020 年全市统一招收的具有临床医学专业型博士学位且已完成住院医师规范化培训任务的学员。

4.既往参加全市统一组织住院医师规范化培训结业考核未通过，且符合国家关于补考次数相关规定的学员。

5.重庆医科大学、陆军军医大学 2018 级临床医学（含口腔医学）硕士专业学位并轨研究生。

6.符合参考条件的陆军军医大学完成住院医师规范化培训任务的军队学员和 2018 级军队计划临床医学（含口腔医学）硕士专业学位研究生。

以上考核对象培训时间计算至 2021 年 6 月 5 日完成 33 个月住院医师规范化培训，符合减免培训时间规定的可按照减免时间顺减。

（二）助理全科医生培训。

1.2019 年全市统一招收且已完成培训任务的助理全科医生培训学员。

2.既往参加全市统一组织助理全科医生培训结业考核未通过，且符合国家关于补考次数相关规定的学员。

以上考核对象培训时间计算至 2021 年 6 月 5 日完成 21 个月助理全科医生培训。

二、考核内容及标准

(一) 结业考核分为专业理论人机对话考核和临床实践能力考核。

(二) 专业理论考核。住院医师规范化培训和助理全科医生培训分别按照中国卫生人才网发布的《专业理论考核大纲》和《助理全科医生培训理论考核大纲》实施。

(三) 临床实践能力考核按照重庆市住院医师护士规范化培训事务管理办公室《关于下发重庆市 2019 年住院医师规范化培训和助理全科医生培训结业考核临床实践能力考核方案的通知》实施。

三、考核时间及地点

(一) 专业理论人机对话考核：2021 年 6 月 5 日。

(二) 临床实践能力考核：2021 年 6 月 6—10 日。

(三) 考场等具体信息以考生本人准考证为准。

四、报考流程

见附件 1。

五、其他事宜

(一) 考核工作由市卫生健康委统一组织实施，市住培办负

责具体考务工作。

(二) 结业考核费。700 元/人，其中专业理论人机对话考核 150 元/人，临床实践能力考核 550 元/人。报考学员经资格审核通过后，首次参考学员的结业考核费由培训基地承担，统一支付至市住培办，补考学员自行承担补考科目的考核费用。

(三) 报考学员提交的报考信息应当真实、准确。提供虚假报考信息的，一经查实，按相关规定取消考核资格；已参加考核的，取消考核成绩。对伪造、变造有关证件、材料、信息，骗取考核资格及恶意注册报名信息、扰乱报名秩序的，按照有关规定予以严肃处理。

(四) 专业理论人机对话考核与临床实践能力考核报名分别为两个网站，请各基地及时通知并督促学员完成报名。若因基地管理或学员个人疏忽而导致报名不成功，只能延期考核。

市卫生健康委联系人：魏婧婧、张灵秀；联系电话：67706518。

市住培办联系人：黄军、郭廷军；联系电话：81213966、63621100。

附件：1.2021 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

2.2021 年重庆市住院医师规范化培训结业考核学员

报名汇总表

3.2021年重庆市助理全科医生培训结业考核学员报名汇总表

4.2021年重庆市住院医师规范化培训学员结业考核申请表

5.2021年重庆市助理全科医生培训学员结业考核申请表

6.2021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

7.2021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

重庆市卫生健康委员会办公室

2021年3月17日

抄送：重庆医科大学、陆军军医大学。

附件 1

2021 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

3 月 17-19 日各培训基地收集报考学员材料，认真审核资料内容，于 3 月 21 日前将 2021 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 2021 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 1282416410@qq.com。3 月 22 日前将报名汇总表纸制件及报名相关资料提交至市住培办。

（一）住院医师规范化培训学员个人提供资料。

1.《2021 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.《2021 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.《2021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.《2021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. 学员出科考核成绩。

(四) 补考学员提供资料。

1.住院医师规范化培训学员提供《2021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《2021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

3月24-26日由市住培办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：3月30日-4月13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—2021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：3月30日-4月15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) 住培协同单位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4月26日前,统一将学员报名表等资料报送至市住培办。

(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:3月30日-4月13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:5月28日-6月5

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：5月28日-6月6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9月8日—10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9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 4

2021 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

2021 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 | | | | | | | | | |
| 培训基地医院资格审查意见： | | | | | 基地主任签名： | | | | |
| 单位盖章： 年 月 日 | | | | | 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 | | | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签字：</p> | | | | | | | | | |

附件 6

2021 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

培训基地医院名称 _____ 培训专业 _____ 姓名 _____ 联系电话 _____

| 培训登记项目 | | 学习病例例数 | 基本技能完成例数 | 手术完成例数 | 参加抢救病人例数 | 参加门诊诊治病种例数 | 参加病历讨论次数 | 参加教学查房次数 | 参加学术活动次数 | 参加其它形式学习次数 |
|-----------|------|--------|----------|--------|----------|------------|----------|----------|----------|------------|
| 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 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 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。

附件 7

2021 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

培训基地医院名称 _____ 姓名 _____ 联系电话 _____

| 培训登记项目 | | 学习病例例数 | 基本技能完成例数 | 手术完成例数 | 参加抢救病人例数 | 参加门诊诊治病种例数 | 参加病历讨论次数 | 参加教学查房次数 | 参加学术活动次数 | 参加其它形式学习次数 | 全科医疗健康档案的书写次数 |
|-----------|------|--------|----------|--------|----------|------------|----------|----------|----------|------------|---------------|
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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。