

福建省卫生健康委员会

闽卫中医二函〔2024〕1422号

福建省卫生健康委员会关于做好2024年中医类别助理全科医生培训报名工作的通知

各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局，委直属各医疗单位，福建中医药大学各附属医院，福建卫生职业技术学院，厦门医学院，泉州医学高等专科学校，漳州卫生职业学院，三明医学科技职业学院：

为做好2024年我省中医类别助理全科医生培训报名工作，现将有关事项通知如下。

一、培训对象

(一) 2009—2014年，进入乡镇卫生院工作的中医学类、中西医结合类专业且未接受全科医生规范化培训或助理全科医生培训的高职高专层次学历毕业生。

(二) 2015年起进入或拟进入基层医疗卫生机构，拟从事或正从事全科医疗的中医学类、中西医结合类专业高职高专层次学历毕业生。

二、培训时间

中医类别助理全科医生培训为2年全脱产培训。2024年报名工作即日开始，培训工作拟于9月开始。

三、报名材料

(一)2024年福建省中医类别助理全科医生培训对象登记表(见附件1)。

(二)毕业证书和身份证复印件各1份。

(三)医师资格证书和执业证书复印件各1份(未获取者不需提供)。

(四)与基层医疗卫生机构签订的劳动合同(就业协议或聘用合同或录用文件等)的复印件1份及单位同意函(同意送出并保障培训期间学员待遇,未获取者不需提供)。

(五)2024年毕业但尚未安排具体工作单位的本土化中医学类、中西医结合类专业高职高专层次学历定向生,可提供由县级卫健行政部门出具的培训同意函等相关材料。

四、其他事项

(一)省卫健委委托福建省中医住院医师规范化培训中心(以下简称培训中心)组织中医类别助理全科医生培训报名工作。

(二)需参加招录考核,中医类别助理全科医生规范化培训基地应在志愿录取开始时通过电话或短信等方式通知。考核内容及要求由培训基地自行制定。招录时间:8月19—23日,调剂时间:8月26—30日。

(三)请各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局组织符合条件的培训对象报名(省属单位可直接报名),未就业的应

届毕业生由所在高校统一报名，于8月15日前将报名材料及《2024年福建省中医类别助理全科医生培训报名汇总表》（附件2）加盖公章后报送培训中心（汇总表电子版刻录光盘同时寄送）。

（四）每个学员报考一个志愿（各基地招生计划数见附件3），并填写“是否接受调剂”。选择“不接受调剂”的培训对象志愿未录取后不予调剂，本年度不进入培训；调剂成功但未按时报到者取消下一年度我省中医类别助理全科医生培训报名资格。

培训中心联系人：肖霖桢

电话：0591-83211133

地址：福州市台江区817路602号福建中医药大学附属人民医院

- 附件：1. 2024年福建省中医类别助理全科医生培训对象登记表
2. 2024年福建省中医类别助理全科医生培训报名汇总表
3. 2024年福建省中医类别助理全科医生培训（临床培养）基地招生计划数

福建省卫生健康委员会

2024年8月5日

（此件主动公开）

附件 1

2024 年福建省中医类别助理全科医生 培训对象登记表

姓 名		性 别		出生年月		照 片
籍 贯		政治面貌		人员类型		
毕业院校		是否为定向生		毕业时间		
所学专业		取得执业医师年月		专业技术职务		
身份证号						
医师资格证号			执业类别		执业范围	
通讯地址					邮 编	
工作单位及部门					手 机	
报考基地					是否服从调剂	
个人简历(何年何月至何年何月在何单位学习或工作、任何职务,从高中写起)						
选送单位意见						单位盖章 年 月 日
县(市、区)卫生健康行政主管部门意见						单位盖章 年 月 日
设区市级卫生健康行政部门意见						单位盖章 年 月 日
填表说明	人员类型选择:“单位人”(有工作单位,并由派出单位提供基本工资、津贴补贴和社会保障待遇的人员)或“行业人”(尚未就业人员)。					

附件2

2024年福建省中医类别助理全科医生培训报名汇总表

填报单位: _____ (公章)

填报时间: 年 月 日

填报人: _____

联系电话: _____

序号	姓名	工作单位	民族	性别	身份证号	毕业院校	毕业专业	毕业时间 (年.月)	人员类型	是否为定向 生	医师资格证号	执业范围	联系手机	报考基地	是否调剂	备注

附件 3

2024 年福建省中医类别助理全科医生培训 (临床培养) 基地招生计划数

培训基地	招生计划数
福建中医药大学附属第三人民医院	20 人
福州市中医院	15 人
厦门市中医院	10 人
漳州市中医院	10 人
晋江市中医院	15 人
南平市人民医院	10 人
宁德市中医院	10 人
三明中西医结合医院	10 人
龙岩市中医院	10 人