

孝感市卫生和计划生育委员会

孝卫生计生办发〔2015〕50号

关于规范管理我市卫生计生系统 医务人员进修培训学习的通知

各县（市、区）卫生计生局，市直各医疗卫生计生单位，驻市职工医院及相关医学院校：

近年来，我市各医务人员到各级医疗卫生计生单位进修学习，参与了临床工作的第一线，他们的医疗行为，直接关系到我市各医疗卫生计生单位的医疗质量和医疗安全。为了加强我市卫生计生人才队伍建设，规范医务人员进修培训学习的管理，促进我市卫生计生事业健康可持续发展，提高医疗质量和确保医疗安全，杜绝医疗事故发生，现将有关事项通知如下，请各地、各医疗卫生计生单位遵照执行：

一、指导思想

紧紧围绕卫生计生强市战略目标，以提高我市医疗卫生计生专业技术水平为核心，以医疗质量和医疗安全为重点，全面提高全市卫生计生专业人员的业务水平和科研教学能力，增强服务能力，建立一支高水平卫生计生专业技术人才队伍。

二、目的和目标

1、各医疗卫生计生单位要鼓励职工参加各种业务技能学习，医务人员要加强业务技能学习，不断提高自身业务素质和诊疗服务能力。

2、鼓励职工参加业务进修、业务培训、继续医学教育、学历教育、函授、电大、网络远程等学习。

3、各医疗卫生计生单位的专业科室要根据本专业发展需要，在不影响科室正常工作的前提下，有计划、有目的地选派中青年技术骨干外出进修培训学习，外出进修培训学习人员应根据科室业务发展的需要，明确专业发展的方向，制定相关学习计划与进修培训学习目的，要做到学有所成、学有所用。

4、各基层医疗卫生计生单位要依托上级医疗卫生计生单位开展有计划、有目的，周期1年进修培训，提高业务水平。

三、条件及要求

1、进修培训学习条件：

(1)参加进修培训学习人员是卫生计生系统在职人员且身体健康，无传染、精神等疾病。

(2)参加进修培训学习的人员应具有良好的政治思想素质，遵纪守法，敬业爱岗。

(3)医师进修，县级医疗卫生单位必须具有相应执业医师执业证，乡镇卫生院必须具有相应执业助理医师以上资格；护理专业必须具有护士执业资格，其他类专业必须取得中专以上学历。

2、进修培训学习要求：

(1) 参加进修的人员必须服从单位的进修安排，所学专业与现从事临床工作对口，不能跨专业进修，特殊情况，由个人申请单位同意上报当地卫生计生主管部门批准，可到相近、相关学科进修。

(2) 参加各类专业培训、进修、脱产学习的时间一般不超过一年半。进修人员应严格按照进修时间合理安排进修进程。进修人员到达进修单位后，必须遵守接收进修培训医疗卫生计生单位的各项规章制度，服从安排和管理。

(3) 各接收进修培训的医疗卫生计生单位必须制定相关进修学习管理制度，内容必须要包含医疗质量、医疗安全、人员住宿等安全管理条例。

3、下列七类人员不得选派参加进修培训学习：

(1) 属司法机关立案侦查、纪检监察机关立案审查的人员；

(2) 受党纪警告以上处分未满三年，或受行政记过以上处分、处分期未满的人员；

(3) 有过刑事犯罪记录的人员；

(4) 近三年年度考核有过不称职或基本称职的人员；

(5) 近三年有过三级以上医疗事故的人员；

(6) 未取得相关执业资格证书的人员；

(7) 国家卫生计生委（含原国家卫生部、国家计生委）规定的其它不合格情形。

四、申请审核程序

1、全市医疗卫生计生专业人员进修实行审核备案制度（表

格附后)。各医疗卫生计生单位在保证工作正常开展的情况下，应有计划地选派医务人员外出进修学习，并于每年 1 月份将进修计划报当地卫生计生主管部门备案。计划应具体落实到个人，并明确进修类别和时间。未列入进修计划者，一般不予派出进修。

2、市内医疗卫生计生机构或半年时限以内的进修、培训、轮训学习，由单位安排年度计划，报当地卫生计生部门审核备案；市外或半年以上的进修、培训学习，经单位同意、上报市卫生计生委党群工作科（人事科教科）审批备案。

联系人：胡安全 沈泉 联系电话：2823588、2839876

附件：医务人员进修申请表和鉴定表

孝感市卫生和计划生育委员会

2015 年 8 月 24 日



医务人员进修申请表

进修学科：

进修期限（自二〇 年 月 日至二〇 年 月 日止）

进修医务人员姓名：

进修医务人员工作单位：

选送单位：

工作单位详细通讯地址：

邮政编码：

电子邮箱地址（必填）：

填表日期：

姓名		性别		年龄		籍贯	
民族		政治面貌		文化程度			
家庭通讯处							
身份证号码					电话		
执业医师资格证书号或 其它执业资格证书号							
毕业学校及专业 (学制)				现任何种专业 熟悉程度			
				职 称			
现任职务				健康情况			
本人拟进修 何种专业							
选送单位 审批意见 (盖章)							
接受单位 审批意见 (盖章)							
主管部门 审批意见 (盖章)							
备注	<p>需递交材料：</p> <p>(1)《医师执业证书》，《医师资格证书》复印件1份，须经单位医务部门认证，注明“此复印件真实有效”字样并加盖公章；</p> <p>(2)本人书写的“住院志”复印件1份（无需复印整份病历）；</p> <p>(3)本人健康体检证明原件；</p> <p>(4)若计划进修产科需要《母婴保健技术考核合格证书》（助产技术）复印件；</p> <p>(5)若进修计划生育科需要《母婴保健技术考核合格证书》（计划生育技术）复印件；</p> <p>(6)若进修影像诊断需要《大型仪器设备上岗证》复印件。</p> <p>(7)其他相关资料（接受单位规定资料）。</p>						

孝感市卫生计生专业技术人员

进修培训鉴定表

姓 名 _____

派出单位 _____

进修单位 _____

年 月 日

姓名		性别		出生 年月		民族	
籍贯		文化程度		政治 面貌		身体 状况	
何时毕业于何校何专业							
何时拟聘任何专业技术职务							
进修前所在科室及职称							
进修服务工作起止时间							
<p style="text-align: center;">进 修 任 务 (本栏由派出单位填写)</p>							
<div style="text-align: right; padding-right: 50px;"> <p>派出单位盖章：</p> <p>年 月 日</p> </div>							

进修培训工作完成情况（自我鉴定）

进修人签名：

年 月 日

进修单位鉴定意见	<div>盖章</div> <div>年 月 日</div>
派出单位所在地的县级卫生计生部门考核意见	<div>盖章</div> <div>年 月 日</div>
派出单位考核意见	<div>盖章</div> <div>年 月 日</div>
市卫生计生部门意见	<div>盖章</div> <div>年 月 日</div>