

西南医科大学附属口腔医院

2023 年专科医师规范化培训招收简章

西南医科大学附属口腔医院前身是已有 70 余年历史的泸医附院口腔科，1986 年成立口腔医学部，1988 年更名口腔医学系，2000 年更名为口腔医学院，2002 年成立泸州医学院附属口腔医院，与口腔医学院实行“院院合一”管理体制，2016 年更名为西南医科大学附属口腔医院。医院是四川省卫生健康委直属国家三级甲等口腔专科医院，是国家住院医师规范化培训基地、国家医师资格考试实践技能考试（口腔类别）基地、四川省专业技术人员继续教育基地、四川省医学继续教育基地、四川省专科医师规范化培训基地、四川省口腔常用预防诊疗和护理适宜技术基地（区域示范）、四川省口腔医学会副会长单位和泸州市口腔医学会会长单位及泸州市口腔质量控制中心、泸州市口腔疾病防治指导中心挂靠单位，是享誉川渝滇黔的口腔医疗、教学、科研和预防保健的重要力量。

2015 年获批为省级专科医师规范化培训基地，专业为口腔正畸科、口腔颌面外科，这两个专业均为四川省医学重点学科。医院于 2008 年成为省级住院医师规范化培训基地，2015 年成为国家级住院医师规范化培训协同基地，2020 年获批为第三批国家西医住院医师规范化培训基地。

医院按照十四五规划“1+N”战略布局，稳步推进医院建设，目前形成了云峰路院本部、江阳南路大山坪门诊部、酒谷大道城东门诊部以及香林路城北门诊部的办医格局，并稳步推进川渝滇黔结合区域口腔专科联盟建设。医院现有床位 140 张、牙椅位 349 张。临床科室设置齐全，医疗服务范围辐射川渝滇黔 9 个地级市 4000 万人口。医院现有职工 360 余人，其中高

级职称人员 30 余人，具有硕博博士学位 140 余人。有硕士生导师 26 人，博士生导师 2 人。各类高层次人才称号 30 余人次。

口腔医学专业是国家级一流本科专业建设点，四川省特色专业；具有口腔医学一级学科硕士学位授权点和口腔医学硕士专业学位授权点。现有在校研究生、本科生 600 余人。口腔医学是校级一流优势学科，有 5 个四川省医学重点学科。有 1 个四川省实验教学示范中心、1 个四川省虚拟仿真实验教学中心，1 个泸州市重点实验室，1 个泸州市专家工作站，1 个校级口腔医学研究所。医院每年承担各级各类科研项目 70 余项，每年举办多项国家级继教项目和省级继教项目。

一、培训目标

按照国家和四川省卫生健康委员会专科医师规范化培训的相关要求，通过全面、系统、严格的各相应专培专业专科培养，使受培训医师在完成培训计划以后，能够系统掌握各相应专培专业相关的专业理论、专业知识和专科技能，充分了解国内外新进展，对各相应专培专业常见病、多发病以及较复杂的疾病达到相应培训专业要求，并具有一定的临床科研能力。

二、培训方式

培训对象依据专科医师规范化培训标准，按照相应“专科医师规范化培训基地”培训细则、方式、要求开展培训。

三、培训时间

2 年。

四、招收条件

须同时满足以下条件者：

1. 具有口腔医学全日制本科及以上学历，并获得学士及以上学位。
2. 获得口腔执业医师资格证并在有效期内。
3. 取得省级及以上卫生行政部门颁发的《住院医师规范化培训合格证书》（含 1993 年卫生部实施的住院医师规范化培训

第一阶段合格证书), 其中, 报考专培正畸专业的: 住培专业限口腔全科或口腔正畸科; 报考口腔颌面外科专业的: 住培专业限口腔全科或口腔颌面外科。或具备口腔专业中级及以上专业技术职称。

五、招收对象

1. 社会人招考: 面向所有符合报考条件的考生进行公开招考选拔专科医师的招收方式。考生以个人身份申请报考。

2. 外院委托培训人员招考: 送培单位在编职工或与单位签订正式聘用合同的外单位职工, 符合招收条件者, 送培单位须向我院递交委托培训函(附件 2), 培训结业须回送培单位工作。

3. 本院委培招考: 本院符合招收条件并在符合医院相关政策的前提下, 由医院相关部门出具委托培训函以“本院委托培训”方式申请进行专科医师规范化培训。

六、招收专业及计划

1. 口腔正畸专业: 1 名

2. 口腔颌面外科专业: 1 名

七、招收方式

1. 网上报名

报名以网报为准, 逾期将不再补报, 请务必准确填写联系电话及通讯地址, 认真阅读以下流程和注意事项。

(1) 网上报名时间: 2023 年 5 月 5 日至 5 月 31 日

(2) 网上报名流程

第一步: 阅读招收信息。考生登陆“四川省专科医师规范化培训网站 <http://zkyspx.scyx.org.cn:8088/>”进入招收信息栏目, 或西南医科大学附属口腔医院官网“<http://www.xnykdkq.com/>”公告栏, 了解培训基地招收简章信息。

第二步: 登陆四川省专科医师规范化培训网站——学员招录报名——注册账号——完善个人简历(填写相关注册信息)——

填报志愿（每人可任选三个专科医师规范化培训培训基地，每个培训基地限报三个培训专业，并选择是否服从调剂）。

2. 邮箱提交报名资料

完成网上报名的考生于2023年5月31日前依次将以下材料按序号顺序扫描合成1个PDF文档，文档命名为“姓名-2023年专培报名”，发送至kqyjsk@163.com邮箱，本院单位人可直接提交至学科办，具体材料如下：

(1)《西南医科大学附属口腔医院专科医师规范化培训报名表》（附件1）

(2) 身份证正、反面

(3) 本科及以上学历、学位证书

(4) 住院医师规范化培训合格证书

(5) 中级及以上专业技术资格证书

(6) 口腔执业医师资格证书

(7) 单位委培人员提交由单位签字盖章的委托培训函（附件2）

(8) 英语证书或考试成绩单

(9) 个人简历、科研成果、个人荣誉证书等

医院将结合网报情况对考生报名资料进行资格初审，对通过资格初审的考生在网报系统发送面试通知书，请及时登录查看并回复是否面试。考试前一天考生持以上报名资料纸质版（一式一份），并持相关原件到医院进行现场资格审核，现场资格审核通过的考生才可参加招收考试。考生对网报信息和邮箱报名资料的真实性和完整性负责，如发现弄虚作假，一经核实将取消录取资格。

3. 笔试、面试

学科建设办公室组织现场资格审核后，由医院统一组织考核及面试。笔试、临床技能操作、面试内容如下，现场资格审核及考试具体时间另行通知。

形式	考核内容	分值比例 (%)
笔试	口腔专业知识及医事法律	30
临床技能操作	1. 口腔颌面外科专业：口腔颌面外科临床基本操作 2. 口腔正畸专业：口腔正畸临床基本操作	20
面试	个人综合素质、临床思维、应变、表达能力和英语听说能力	50

4. 录取、体检

我院招收领导小组根据考生笔试、面试结果，择优录取，并公布录取名单。拟录取为我院 2023 年专培学员的考生请自行前往三级甲等综合医院完成体检，体检参照公务员体检要求，费用自行承担。体检报告上需盖体检单位鲜章。

医院将通过网报系统向拟录取学员发送录取通知书，请学员及时登录查看并处理。学员必须在收到录取通知书的一周内登录系统选择是否接收录取通知书。未达到体检标准者，不予录取。

八、质量保障措施

1. 教学指标

按照专科医师规范化培训“口腔正畸科”“口腔颌面外科”培训细则中相关的操作、管床等教学指标要求进行培训。

2. 具体保障措施

医院制定有专培管理制度，现有床椅位数量、临床科室设置、年门急诊量、住培师资、医疗仪器设备、示教室及图书馆等培训设施、信息系统、临床技能培训中心、科研训练平台等

均达到《专科医师规范化培训基地标准》各招收专业基地培训要求。

九、培训证书发放

经培训考核合格，由省级卫生行政部门颁发专科医师规范化培训合格证。

十、培训待遇

1. 人事关系

(1) 社会化学员：医院与学员签订专培培训协议和劳动合同，学员档案由泸州市人才交流中心或其他档案管理部门托管。

(2) 外单位委培学员：学员与我院和送培单位签订三方培训协议，与我院无任何劳动关系。学员档案按送培单位相关规定执行。

(3) 本单位委培学员：人事关系和档案管理按我院组织人事科相关规定执行。

2. 待遇保障

(1) 培训补助

社会化学员：在培期间的薪酬待遇根据我院相关规定执行。暂不提供住宿，发放住宿补贴 300 元/月/人；购买五险一金，培训学员承担社会保险和住房公积金应由个人承担部分。

外单位委培学员：培训期间学员的原人事（劳动）、工资关系不变，由委派单位发放工资、绩效等福利待遇，薪酬标准不能低于我院同等条件的社会化学员。

本单位委培学员：培训期间的福利待遇根据我院相关规定执行。

(2) 职工食堂、图书室、临床技能中心等对专培学员开放。

(3) 所有取得口腔执业医师资格证的专科医师规范化培训学员均须按规定注册在我院，外单位委培学员若无法注册在我院请提供相关有效证明材料。

(4)如遇国家、四川省专科医师规范化培训及医院相关政策调整，从其新规做出相应调整。

十一、联系方式

通讯地址：四川省泸州市江阳区云峰路二段10号

电话：0830-2692776 邮政编码：646000

联系人：肖老师

E-mail: kqyjsk@163.com

附件：1. 西南医科大学附属口腔医院专科医师规范化培训报名表

2. 委托培训函



附件 1

西南医科大学附属口腔医院
专科医师规范化培训报名表

姓名		性别		一寸彩色近照		
出生年月		籍贯				
民族		政治面貌				
既往病史		健康状况				
婚姻状况		英语等级				
学历		学位				
有何特长		是否应届毕业生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
毕业院校		毕业时间				
毕业专业		身份证号				
中级职称证编号		医师资格证编号				
报考培训专业		报考年份				
是否单位委托培训	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	委培医院				
是否服从调剂	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	调剂志愿专业一：	调剂志愿专业二：			
通讯住址			家庭电话			
本人联系方式	手机		家庭电话			
	E-mail		其它方式	QQ:		
学习及工作履历（本科以上学习、临床轮训经历等）						
年月日至年月日	学校或医院名称	专业或科室	职称	离开方式	证明人	证明人联系电话
申请人意见	<p>本人承诺以上报名信息真实，自愿以培训学员身份参加西南医科大学附属口腔医院专科医师规范化培训。</p> <p style="text-align: right;">申请人签字： 日期： 年 月 日</p>					

备注：本人如实、完整填写上表，递交资料时请带毕业证、学位证、英语登记证明、医师资格证、中级职称证、身份证原件备查。

附件 2

委托培训函

西南医科大学附属口腔医院：

*****医院为**级**等 综合型/专科型 医院，医院性质为***。为提高临床医师能力，经医院讨论决定特委派**（性别：**，职称：**，身份证号：***）到贵院参加专科医师规范化培训。我院已知晓贵院本年度专科医师规范化培训招生简章内容，承诺按招生简章要求严格履行委培单位相关责任。

单位人事部门联系人：

职务：

联系电话：

单位名称（盖章）

年 月 日