

自贡市第三人民医院

2024 年护士规范化培训招生简章

自贡市第三人民医院是国家三级甲等综合医院、国家紧密型医共体试点单位、四川卫生康复职业学院护理全程教学基地，学科齐全，技术力量雄厚，师资教学经验丰富。2016 年 8 月被四川省卫生和计划生育委员会认定为首批护士规范化培训基地，是自贡市首个可同时开展院内培训、委培和社会化招生的护士规范化培训基地。为满足院校毕业生职业发展需要，充分发挥我院丰富的护理教育资源，推进护士规范化培训工作，我院于 2024 年 1 月启动 2024 级护士规范化培训招生工作。

一、招收名额：社会化规培生 47 名。

二、报名条件：

1. 护理学专业或助产士专业，全日制大专及以上学历的应届（2024 年）、往届（2022—2023 年）毕业生。

2. 应届毕业生须参加 2024 年护士执业资格考试并合格；往届毕业生取得护士执业证书或护士执业资格考试成绩合格单。

3. 身心健康，具备良好的职业道德素养、服务意识和沟通能力，能胜任临床护理工作。

三、报名时间：2024 年 1 月 9 日 08:00—1 月 26 日 12:00

四、报名地点：自贡市第三人民医院 护理部

地址：四川省自贡市贡井区筱溪街胜利巷 156 号 自贡市第三人民医院护理部（西区办公楼三楼）。

五、报名方式及需提交的材料：

1. 请在自贡市第三人民医院官方网站“院务公开-人事招聘”栏目内的护士规范化培训招生简章附件下载报名表并填写完善。将所需“报名材料”递交至自贡市第三人民医院护理部。

2. 报名时提交材料：

（1）报名表；

（2）身份证原件及复印件一份；

（3）学信网上打印学籍在线验证报告；

（4）往届毕业生毕业证原件及复印件；

（5）护士执业资格考试成绩单复印件，如已取得护士执业证，提交执业证书原件及复印件。

六、招收录取程序：

1. 笔试、面试：经自贡市第三人民医院护理部预审后统一组织进行，笔试成绩占 60%，面试占 40%，时间地点待定。

（1）理论考试（笔试）：基础护理学、内科护理学、外科护理学、妇产科及儿科护理学。

（2）面试：重点考核临床思维、应变、表达能力及护理礼仪等。

2. 体检：通过笔试及面试的学员由自贡市第三人民医院统一组织体检，费用自理。

3. 录取：通过审核、笔试、面试及体检合格者择优录取。拟录取名单将在自贡市第三人民医院网站“院务公开-人事招聘”栏公示。

七、培训

1. 报到时间及地点

被录取人员于 2024 年 7 月 1 日上午 08:00 在自贡市第三人民医院护理部（具体地点临时通知）报到，同时与学员签订劳动合同（社会人），正式报到时必须提供相应的毕业证书、学位证书、资格证书原件及复印件等，否则将不予以录取注册。

2. 培训时间

培训时间为 24 个月。除国家法定的节假日外，培训期间的病、事假及其它假期耽误的培训日需补上，方可参加结业考试。学员因故需提前终止培训，须提前 30 天提出申请，终止培训生效之前仍应当坚守岗位、尽职尽责。

3. 培训内容

按照《四川省护士规范化培训标准》及其内容要求，对培训对象实施包括临床护理工作基础知识、基础理论和基本技能；职业道德素养、沟通交流能力、应急处理能力和落实责任制整体护理所需的专业照顾、病情观察、协助治疗、心理护理、健康教育、康复指导等护理服务能力及独立执业的能力。

各临床专业基地按照责任制整体护理进行床位分管，专业理论知识培训及专科技能培训按照各专科培训计划进行落实；原则上各专科每月不得少于 2 项专科理论及技能操作培训，大科每季度不得少于 2 项专科理论及技能操作培训，护理部每年不得少于 5 项专科理论及技能操作培训。

4. 培训考核

护士规范化培训的考核分为岗前培训后考核、轮转考核、年度考核、结业考核。

5. 培训证书发放

完成培训，考核合格的护士由省级卫生行政部门颁发《护士规范化培训合格证书》。

八、培训期待遇

1. 培训期根据四川省护士规范化培训相关规定及医院相关政策，现金收入每月 ≥ 2200 元，并为学员购买五险。

2. 在我院 2 年培训合格后，医院根据需要择优留用学员，其余学员需再次择业。

3. 食宿自理，可解决部分市区外学员住宿。

九、咨询电话： 0813-3309433（周老师、徐老师）

欢迎广大毕业生咨询！

附：自贡市第三人民医院护士规范化培训学员报名表。

自贡市第三人民医院护理部

2024 年 1 月 8 日

附件：

自贡市第三人民医院护士规范化培训学员报名表

姓 名		性 别			贴 二 寸 彩 照
年 龄		民 族			
籍 贯		婚姻状况			
政治面貌		身 高			
健康状况		既往病史			
学 历		学 位		所学专业	
英语考级		护士资格证	☐ 有 ☐ 无	护士执业证	☐ 有 ☐ 无
毕业学校		毕业时间		身份证号	
通讯地址				邮 编	
联系方式	手 机			其它联系方式	
	电子邮箱				
何时何地何事 受过何种奖励					
学习及工作经历（临床轮训经历）					
年 月 日至年 月 日	学校或医院名称			实习轮转科室	

申请人承诺	自愿以规范化培训社会化学员身份参加自贡市第三人民医院护士规范化培训，培训专业及科室服从医院安排。 申请人签字_____ 年 ____月 ____日
-------	--