# 烟台市口腔医院接收外来进修人员招生简章

一、根据《医疗医技外来进修医师管理制度》，申请来院进修医师需具备以下条件:

1、进修医师必须是选送单位的业务骨干，无医疗事故记录。

2、依法取得《医师资格证书》及《执业医师资格证书》， 执业类别、执业范围与拟进修专业一致。经注册在医疗、预防机构中执业的专业医务人员（技师除外）。

3、毕业于正规全日制医学院校，大学专科及以上学历。

4、本科及以上学历需一年以上工作经历，大学专科学历需有五年以上工作经历。

5、所属工作单位同意。

6、参加我院医务科安排、科室组织的进修资格考试，考试合格。

7、身体健康、能够胜任临床工作。在进修期间有结婚、怀孕、哺乳期以及有晋升、调动、考试等计划者，不能被我院接收进修。

二、进修期限及名额:

每年 2 月份、8 月份各招收一期进修生。

| 进修专业 | 名额 | 进修时间 | 进修费用 |
| --- | --- | --- | --- |
| 种植 | 2 | 3 个月 | 9000 元 |
| 种植修复工艺 | | 3 个月 | 9000 元 |
| 正畸<br>修复（含美学） | | 6 个月/1年 | 1万元/1.5万元 |
| 牙周<br>儿童口腔<br>牙体牙髓<br>口腔颌面外科 | | | 7000元/1.2万元 |
| 口腔激光 | | 3个月/6个月/1年 | 6000元/1万/1.5万 |
| 修复工艺活动类项目 | | 6 个月 | 6000 元 |
| 修复工艺固定类项目 | | | 8000 元 |

三、申请程序

1、填写《进修人员申请表》，填写时要求书写工整，所填写情况属实。《进修申请表》可以在网上下载，我院网址: www.ytkq.com

2、将《进修人员申请表》、加盖单位公章的三证复印件（最高学历证书、医师执业证书、医师资格证书）寄至:

**烟台市芝罘区北大街 142 号烟台市口腔医院医务科邮编: 264000; 联系人: 林乐; 电话:（0535）6217096 邮箱: kqywk2008@126.com。**

3、经审批后，发寄进修报到通知书，按规定时间持报到通知书及医师执业证书原件到我院医务科报到，如材料不全或材料虚假，我院将不予受理。

4、报到时请按规定标准缴纳进修费用及押金，并妥善保管好相关单据。

四、其他

1、医院不提供住宿，需个人解决。

2、进修需缴纳医疗保证押金2000元，进修结束后若无医疗纠纷等情况会全额退还。

烟台市口腔医院

2023 年3 月 1日

# 进修人员申请表

申请进修专业：_____

进修期限：　　_____

姓名：　　_____

选送单位名称 _____

填表日期：　　_____

烟台市口腔医院

年 月

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td></td><td>职称</td><td>医师</td><td>健康状况</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="2"></td><td>现从事专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="2"></td><td>邮编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td colspan="2"></td><td>邮编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医师资格证书编号</td><td></td><td>医师执业证书编号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="5">手机固定电话：　　E-mail：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">最高学历</td><td>起止时间</td><td>毕业院校</td><td>学习专业</td><td colspan="2">学位</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">工作经历</td><td>起止时间</td><td>工作单位</td><td>从事专业</td><td colspan="2">职务</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>现有业务水平</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>进修目的</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>选送单位意见</td><td colspan="5">（盖章）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>接收单位意见</td><td colspan="5">签字年月日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

此表可复制；同时寄加盖单位公章的三证复印件（最高学历证书、医师执业证书、医师资格证书）。

通讯地址：山东省烟台市芝罘区北大街 142 号；邮政编码：264008；联系电话：（0535）6217096

通讯单位：山东省烟台市口腔医院医务科收　　E-mail：kqywk2008@126.com