**钦州市第二人民医院**

**2022年护士规范化培训学员招生简章**

我院是国家三级甲等综合医院，广西医科大学非直属附属医院。现有编制床位数1100张，实际开放床位1700张，是国家高级卒中中心、中国胸痛中心（标准版）、国家呼吸与危重症规范化建设单位、中国创面修复专科建设培育单位、广西自治区脑卒中联盟副主席单位。为较好的履行我院公立医院的社会责任，为毕业后的护理人员提供培训学习机会，培养适应健康新需求的护理人才，现启动2022年护士规范化培训学员招收报名工作。

**一、招收条件**

（一）政治素质过硬，政治思想端正，遵纪守法；

（二）取得教育行政主管部门认可的大专（含2+3大专）及以上学历的护理毕业生；

（三）年龄在25岁以下，身心健康，能胜任临床护理工作。

**二、招生人数**

70人

**三、报名时间**

2022年3月1日-4月30日

**四、报名程序**

（一）扫描二维码填写报名信息，报名截止时间2022年4月30日。



https://www.wjx.cn/vj/mQD8Jdg.aspx

（二）报名成功后加入“钦州市二2022级护士规范化培训学员培训群”，QQ群号码：457015670。

（三）完成以下资料并发送至报名邮箱（以电子版形式，放入同一个文件夹，文件夹名称为本人名字）：qzeyhlxy@163.com。

1.《钦州市第二人民医院护士规范化培训学员培训报名表》

2. 个人身份证

3. 毕业证

4. 护士执业证或当年执业资格考试成绩单（有就提供）

5. 应届毕业生需要提供成绩单和荣益证书

**五、招录程序**



**六、培训时间及模式**

培训时间原则上为2年，培训内容包括岗前培训、核心课程培训及专科轮转培训等，培训考核包括日常考核、出科考核、年度考核及结业考核等，考核合格者将颁发《钦州市第二人民医院护士规范化培训合格证书》。

**七、培训保障措施**

（一）身份：

所有报名人员自愿以“护士规范化培训学员”身份进入我院进行护士规范化培训，培训合格后医院根据当年度的护理用人计划，对取得结业证书且已获得执业护士证的人员进行招聘考核，按比例聘用成绩优秀人员到我院护理岗位工作，其他学员可自主择业。

（二）待遇及保障：

1.免缴纳培训费。

2.培训期间的学习生活待遇：

①医院将根据学历、培训时间及临床岗位胜任能力考核情况给予培训补助，培训第一年:有护士执业证给予补助3000元/月.人，无护士执业证给予补助2700元/月.人；培训第二年:有执业证，经考核优秀给予补助3500元/月.人，无执业证给予补助2700元/月.人。

②参与夜班工作给予夜班绩效。

③统一购买人身意外伤害险。

（三）按国家和医院有关规定享有休假。

**八、其他事项**

（一）面试

1. 面试时间：面试通知登载在钦州市第二人民医院网站。

2. 面试内容：综合能力考核（表达能力、临床思维、应变能力）。

（二）操作考核

护理临床基础操作一项。

报名电话：0777-2873013 陈老师 周老师

报名邮箱：qzeyhlxy@163.com

传 真：0777-2873305

医院地址：钦州市文峰南路219号，邮编：535000

医院网站：http://www.qzeyy.com/

附件：《钦州市第二人民医院护士规范化培训学员培训报名申请表》

钦州市第二人民医院

2022年2月17日

附件：

**钦州市第二人民医院**

**护士规范化培训学员培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 |  | | 照片 | |
| 出生年月 |  | | | | | 籍 贯 |  | |
| 民 族 |  | | | | | 政治面貌 |  | |
| 婚姻状况 |  | | | | | 健康状况 |  | |
| 身 高 |  | | | | | 特　　长 |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 是否应届 |  | |
| 全日制学历 |  | | 毕业学校 | |  | | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 最高学历 |  | | 毕业学校 | |  | | 所学专业 |  | 毕业时间 |  |
| 有无护士执业证书 | | |  | | | 护士执业证书编号 | |  | | |
| 联系方式 | 手机号码 | | |  | | | | | | |
| 家庭（父母）住址： | | | | | | | | | | |
| 学习及工作经历（从初中开始至临床实习） | | | | | | | | | | |
| 年月至年月 | | 学校或医院名称 | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
| 申请人承诺  （必签字确认） | | 本人自愿以护士规范化培训学员身份参加钦州市第二人民医护士规范化培训，所提供的报名信息及相关资料完全属实，遵守与培训基地签订的培训协议以及培训安排、规章制度和劳动纪律。  报考学员签字 ：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 培训单位意见 | | 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |