

浙江大学医学院附属口腔医院 住院医师规范化培训协议书 (单位人)

甲方(培训基地): 浙江大学医学院附属口腔医院 联系电话: 0571-87219927

乙方(培训学员): _____ 联系电话: _____

身份证号: _____

丙方(委派单位): _____ 联系电话: _____

签订日期: _____年____月____日

依据国家及浙江省卫生计生委有关住院医师规范化培训工作要求,加强与规范住院医师的培养,经三方协商,甲方同意丙方委托对乙方进行住院医师规范化培训,培训期自____年____月至____年____月共计____年。为保证培训质量,明确三方在培训期间的权利和义务,在三方协商、自愿、平等的基础上达成如下协议:

一、甲方权利与义务

- 1、甲方如实向丙方和乙方介绍住院医师规范化培训计划与安排、学员待遇及其他相关规定和要求。
- 2、培训期间,甲方将按照国家和浙江省住院医师规范化培训管理办法的要求,根据国家及省财政的拨款,在丙方发放工资奖金的基础上给乙方适当的生活待遇补助。
- 3、甲方将按照国家和浙江省住院医师规范化培训细则实施要求对乙方进行培训,重点提高临床规范诊疗能力,适当兼顾教学和科学素养。甲方有权根据国家有关法律法规及相关规定的变化,对培训内容、实施办法及协议内容做出相应调整,并将调整内容通知乙方。
- 4、甲方按国家有关规定将乙方纳入本院临床住院医师进行统一管理。符合条件的乙方可由甲方或丙方统一安排参加国家执业医师资格考试,以取得执业医师资格。
- 5、培训考核分为过程考核和结业考核。甲方推荐过程考核合

格，并通过医师资格考试者参加浙江省卫生计生委组织的规范化培训结业考核，并为考核合格者颁发相应培训合格证书。

6、 乙方若有违纪，甲方可视情节严重程度作出警告、记过、严重警告、劝退处理，及时通报丙方。乙方若不服从管理，甲方可直接将乙方退回丙方。

7、 甲方根据丙方需要，定期将乙方在培训期间的情况（包括生活、工作及考核情况）通报丙方。

8、 乙方培训结束后，甲方不予留用。

二、 乙方的权利和义务

1、 乙方自愿到甲方参加住院医师规范化培训，并保证如实向甲方提供个人信息与相关资料。如因提供信息或相关资料有误，乙方自愿承担相关责任。

2、 乙方保证严格遵守国家的各项相关法律法规和甲方的各项规章制度，服从甲方统一管理、培训及工作安排，认真履行职责，完成培训并承担资质允许的相应临床医疗工作。

3、 培训期间，乙方人事关系、人事档案由丙方管理。

4、 乙方在规定时间内未按照要求完成培训或考核不合格，顺延培训时间，延长时间一般不超过 3 年。顺延期间甲方不再向乙方提供补助，所产生的费用由乙方或丙方承担。

5、 培训期间，乙方有以下情形之一不能按照完成培训的，应当由丙方向甲方提出申请并提供证明材料。

- 1) 承担省卫生计生委委派公务的；
- 2) 因工伤、重大疾病等不能继续参加培训的；
- 3) 国家和省级卫生计生行政部门规定的其他情况。

甲方在审查申请及相关材料后，报浙江大学医学院继续教育中心后为乙方办理相关暂停培训的手续。暂停培训的期限一般累计不超过一年。暂停期满，丙方应当让乙方返回甲方继续完成培训，培训期限顺延。

6、 乙方参加培训应当满足临床实践时间的要求，除法定节假日、公休日等情形外，年度各类休假需按照《浙江大学医学院附属口腔医院规培生请假条例》执行，请假累计超过 5 日的应当按甲方规定

予以补足。

7、 培训期间，因乙方原因引起医疗纠纷、差错或造成医疗事故，给甲方造成一定负面影响或经济损失，乙方须依照有关法律法规、甲方的规章制度承担相应责任；给甲方造成严重影响或重大经济损失的，甲方可立即终止协议并按“甲方权利与义务”第 6 条对乙方进行处理。

8、 如乙方因个人原因要求终止培训，需提前 30 天向丙方、甲方提交书面申请，协商并妥善处理相关事宜后，方可正式解除协议；同时，乙方须退还丙方、甲方为辅助乙方完成规培任务提供的生活补助、补贴以及相应违约金。

9、 培训结束时，乙方经考核合格，可获得国家住院医师规范化培训合格证书。

10、 乙方有权直接或通过丙方向甲方反馈培训质量、带教满意度及培训管理的意见和建议。

三、 丙方的权利和义务

1、 乙方在甲方培训期间，由丙方承担乙方的基本工资（指岗位工资和薪级工资）和基础性绩效工资，以及社会保险费用、住房公积金、交通费补贴、住房补贴和国家法律法规规定的其他费用等支出。

2、 按照国家和浙江省住院医师规范化培训管理办法的要求，丙方需按照委派单位同类人员水平足额发放乙方工资奖金。

3、 凡丙方委托甲方培养的学员均以单位人身份到甲方参加住院医师规范化培训，并保证如实向甲方提供乙方个人信息和相关材料。

4、 丙方负责对乙方的资格进行初审，并督促乙方在培训期间严格遵守国家的各项法律、法规和甲方的各项规章制度，服从甲方统一管理，培训及工作安排，切实履行职责，完成培训和工作任务。

5、 丙方应有相应的制度或举措保障本单位委培学员的培训率，除因不可抗力等正当事由以外，不得中途擅自退出或终止培训，如乙方在培训期间出现弄虚作假，擅自缩短培训时间等违规行为，在甲方通知丙方后，丙方应及时给予处理和教育的。

6、 乙方需终止培训的，在丙方审批同意后，提前 30 天以书面形式或公函告知甲方，并协助甲方做好终止培训的工作。

7、 培训期间，因乙方原因引起医疗纠纷、差错或造成医疗事故，给甲方造成一定负面影响或经济损失。丙方需按照有关法律法规、规章制度承担连带责任。

四、 三方的特殊约定

1、 培训期间，甲、乙、丙三方系培训和委托培训关系，而非劳动用工关系，甲方向乙方提供的补助无论其数额大小，均不表明双方存在劳动和人事关系。

2、 乙方培训期间发生的责任赔付，按甲方住院医师的标准承担相应责任，该责任不因乙方为接受培训的学员身份而免除。

3、 培训结束后，如乙方未取得住院医师规范化培训合格证的，按照浙江省卫生计生委当年有关政策执行。

4、 三方确认一下地址为履行本协议过程中有关书面通知的送达地址，凡书面通知邮寄至该地址，甲乙丙三方均视为已送达。

甲方地址：杭州市延安路 395 号浙江大学医学院附属口腔医院 邮编：310006

乙方地址：_____ 邮编：_____

丙方地址：_____ 邮编：_____

五、 其他事宜

1、 协议三方必须认真遵守协议约定，除约定事由外，任一方不得随意变更或解除协议。

2、 在执行过程中遇到问题或未尽事宜，三方应协商解决。达成的补充协议，与本协议有同等法律效力。

3、 培训终止时，三方关系解除，终止本协议。

4、 本协议自协议签订之日起生效，一式三份，甲乙丙三方各执一份。

甲方法人代表（签章）：_____（公章）
_____年 月 日

乙方（签字）：_____年 月 日

丙方法人代表（签章）：_____（公章）
_____年 月 日