

# 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 (本单位培训对象)

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: \_\_\_\_\_

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,经双方协商,甲方同意乙方进行住院医师规范化培训,培训期自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日共计\_\_\_\_年。为保证培训质量,明确双方在培训期间的权利和义务,在双方协商、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,在本单位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。符合条件的乙方可向甲方申请统一参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健康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. 乙方两次年度考核或执业医师资格考试（含补考）不合格，甲方予以退培处理。

7. 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。乙方若不服从管理，甲方可直接予以退培。

8. 乙方已取得博士研究生学历的，在住培期间可以正常晋升主治医师，结业考核通过后方可正式聘任为主治医师，其他人事考核要求以单位人事部门通知为准。

9. 乙方如符合减免政策可自愿向甲方申请减免认定考核，达到减免要求者可适当减免培训年限。在减免后的培训年限中，如乙方未能按要求完成培训或过程考核不合格，甲方有权延长培训时间，顺延期间甲方不再向乙方提供补助，所产生的费用由乙方自行承担。

## 二、 乙方权利和义务

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、人事档案由本单位管理。

4. 乙方在规定时间内未按照要求完成培训或考核不合格应顺延培训时间，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自行承担。

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

(1) 承担省卫生健康委委派公务的；

(2) 因工伤、重大疾病等不能继续参加培训的；

(3) 国家和省级卫生健康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，乙方应主动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 7 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、 双方的特殊约定

1. 此协议仅表明甲、乙双方仅系培训和被培训关系，不牵涉其他劳动或人事关系。

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，按照浙江省卫生健康委当年有关政策执行。

4. 双方确认以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，甲乙双方均视为已送达。

甲方地址：杭州市秋涛北路 166 号浙江大学医学院附属口腔医院 邮编：310020

乙方地址：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

#### 四、 其他事宜

1. 协议双方必须认真遵守协议约定，除约定事由外，任何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，双方应协商解决。达成的补充协议，与本协议有同等法律效力。

3. 培训终止时，双方关系解除，终止本协议。

4. 本协议自协议签订之日起生效，一式贰份，甲乙双方各执一份。

甲方法人代表（签章）：

（公章）

年 月 日

乙方（签字）：

年 月 日