

# 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 (社会人)

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(培训对象): \_\_\_\_\_ 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健康委有关住院医师规范化培训政策和文件精神,加强对住院医师的培养和管理,经双方协商,甲方同意对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。为建立稳固的住院医师规范化培训机制,保证培训质量,明确双方在培训期间的权利和义务,在协商、自愿、平等的基础上达成如下协议:

## 一、甲方权利与义务

1. 甲方按国家及浙江省卫生健康委文件精神,结合医院实际,对乙方开展住院医师规范化培训,并告知轮转计划与安排、待遇及其他相关规定和要求,落实培训学科专人管理。培训对象轮转计划一旦确定,原则上不再修改。培训期满自动解除培训关系。

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,给乙方适当的生活补助。

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作为住院医师规范化培训对象进行统一管理。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. 甲方对乙方的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。

## 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. 乙方在规定时间内未按照要求完成培训任务或考核不合格，培训时间可顺延，顺延时间最长为三年。培训顺延期间甲方不再向乙方提供补助，所产生的费用由乙方承担。

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

（1）因工伤、重大疾病等不能继续参加培训的；

（2）国家和省级卫生健康行政部门规定的其他情况。

甲方审查同意后为乙方按流程办理暂停培训手续。暂停培训的期限一般累计不超过一年。暂停培训期满，乙方应当返回甲方继续完成

培训，培训期限顺延。

5. 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。

6. 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。

7. 如乙方因个人原因要求终止培训，需提前 30 日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，乙方须退还甲方为乙方完成住院医师规范化培训任务所提供的生活补助、补贴以及相应违约金。如果乙方无故旷工一周以上，甲方将有权给予终止培训。

8. 乙方取得《医师资格证书》且培训过程考核合格者，可以申请参加结业考核。通过结业考核者，由浙江省卫生健康委颁发国家统一制式的《住院医师规范化培训合格证书》。

9. 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. 此协议仅表明培训期间，甲、乙双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，一式两份，甲乙双方各执一份。

甲方法定代表人（签章）：

（公章）

年 月 日

乙方（签字）：

年 月 日