

培训协议填写说明

1. 按照协议要求，请将所有空白处填写完整，不得遗漏；

2. 委派单位名称请填写全名，不得填写简称或英文缩写；

3. 培训时间：

(1) 科学型博士研究生、科学型硕士研究生、本科学历人员：培训期限3年，培训时间为2021年9月1日至2024年8月31日；

(2) 已具有口腔医学类专业学位研究生学历的人员、已具有中级及以上职称（具有人事认定的职称聘书）且已在临床工作（具有正式劳动合同关系）至少1年及以上的
培训对象，经考核评估后确定最终培训年限，可暂时不填写培训时间。

(3) 学科博士后参照以上（1）、（2）条执行。

(4) 临床博士后按照浙江省卫健委科教处2019年10月发布的方案进行：

① 取得科学学位硕士+科学学位博士（无临床工作经历）的临床医学博士后：培训期限33个月，培训时间为2021年9月1日至2024年5月31日；

② 取得专业学位或已从事过临床医疗工作（要求要第（2）条）的临床医学博士后保留原有培养方案，培训期限2年，培训时间为2021年9月1日至2023年8月31日。

4. 邮寄地址请填写详细、准确的地址信息；

5. 签字部分必须为手签，或盖法人公章；盖章处须加盖单位公章。

6. 培训协议请使用 **A3 纸正反面打印，页面布局 2 合 1，短边翻页。**不得随意更改格式和内容。