**2019年郴州市第一人民医院国家卫健委临床药师培训基地招生简章**

湖南省郴州市第一人民医院是一所具有110年历史的集医疗急救、科研教学、康复保健中心为一体的国家三级甲等综合医院，是国家卫健委脑卒中筛查与防治基地、卫健委临床药师培训基地、国家药物临床试验机构、湖南省脑血管病临床医疗技术转化示范基地、医学分子诊断技术湖南省工程实验室、全科医生临床培养基地、湖南省住院医师规范化培训临床基地、南方医科大学附属郴州医院、南华大学附属郴州医院、南华大学郴州临床学院、南华大学医院管理研究所、南华大学转化医学研究所、南华大学硕士研究生点和湘南学院附属第一医院。我院自2012年经原国家卫计委临床药师专家委员会和中国医院协会药事管理专业委员会正式批准为临床药师培训基地以来，目前已带教了17批学员。现面向全国招收2019年春季临床药师培训学员，具体事项如下：  
**一、报名条件**  
1) 学员应具有“临床药学专业或者药学专业全日制本科毕业”学历教育，具体专业及工作年限要求，参照中国医院协会 2016 年发布的《关于进一步加强临床药师制体系建设的通知》（见 http://www.cha.org.cn/plus/view.php?aid=15129 ）  
2) 具有良好的职业道德和业务素质，热爱临床药师工作，身心健康，能坚持正常的学习和临床实践工作。  
3) 学员结业后，选送医疗机构应确保其专职从事临床药师工作。  
4) 熟练使用计算机及办公软件，熟练进行中、英文文献检索及阅读。  
5) 严格遵守本基地各项管理规定。  
**二、招生专业与人数**  
通科培训（慢病病种：脑梗塞）：3名；

抗感染专业（一年）：3名；

内分泌专业（一年）：3名；

心血管专业（一年）：3名；

抗肿瘤专业（一年）：2名。  
**三、培训时间与方式**  
1、通科临床药师全脱产培训半年。半年实际工作（学习）日累计不少于 25 周，累计临床工作时间 980 小时，其中临床实践时间 880 小时, 理论专业知识学习时间不少于 100 小时。

1. 专科临床药师全脱产培训一年。全年实际工作（学习）日不少于 49周，累计临床工作时间1960 小时，其中临床实践时间不少于 1765 小时，理论专业知识学习时间不少于 195 小时。  
   3、按照“中国医院协会药事管理专业委员会”制定的临床药师培训大纲，采用理论授课与临床实践相结合的方式进行培训。  
   四、培训费用  
   1、学费标准：3000元/半年，6000元/年，学费报到时一次性缴纳。  
   2、住宿：医院提供住宿，按医院统一标准收费。  
   五、报名时间与方式  
   1、报名时间：即日起至2019年2月28日截止。  
   2、报名方式：  
   ①下载并填写附件《临床药师培训基地学员招生登记表》，与身份证扫描件、学历学位证书扫描件、专业技术资格证书扫描件发送至报名邮箱（邮件主题请注明“临床药师培训报名”）。  
   ②我院将根据报名情况择优录取，录取情况将于2018年3月中旬通过邮件或电话通知学员。  
   ③接到录取通知学员报到时请携带《临床药师培训基地学员招生登记表》（加盖单位公章） 、身份证复印件、学历学位复印件、专业技术资格证书复印件各一份到我院科教科报到 。  
   六、 开学时间：2019 年3月下旬（具体日期详见报到通知）  
   七、联系方式  
   地址：湖南省郴州市罗家井102号郴州市第一人民医院药学部  
   邮编：423000  
   电话：0735-2343837  
   Email:  2857338135@qq.com，  
   联系人：王安发  
   附件：临床药师培训基地学员招生登记表.docx

附件：

**临床药师培训基地学员招生登记表**

基地名称：       招生日期：年月日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  |  |  | 出生年月 |  | 职称 |  |  |
| 选送医院 |  | | | 申报专业 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | 手机电话 |  | | |
| 第一学历、毕业学校 | |  | | | | | | |
| 主要学历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 工作简历  （起至年月） | |  | | | | | | |
| 从事全职临床药师工作实践情况 | |  | | | | | | |
| 近五年发表论文、著作(卷名、期刊号、页码) | |  | | | | | | |
| 选送医院意见：       公 章  年     月     日 | | | | | 接收培训基地意见：  公 章  年     月     日 | | | |