|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **甘肃省卫生和计划生育委员会** | **文件** | |
| 甘卫办中医函〔2017〕642号 |
| **关于举办2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班的通知** |
| 各市州、甘肃矿区卫生计生委，兰州新区卫计和食药监局，委属各医疗机构，兰州大学第一、二医院，甘肃中医药大学附属医院: |
| 为了培养中医药高级人才，推动中医药发展综合改革试点示范省建设，经省学位委员会备案同意，省卫生计生委决定委托甘肃中医药大学举办2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班。现将有关事宜通知如下：  一、培养目标  为全省公立医疗卫生单位培养一批掌握中医经典理论，能够熟练运用中医理、法、方、药防治疾病的高层次中医药人才，进一步推动卫生计生和中医药事业发展，为保障人民群众健康服务。  二、报考条件  中医药院校全日制本科毕业、获学士学位、取得中医、中西医结合类别执业医师资格，执业三年以上（含三年，以获得执业医师资格的时间为准）。  三、招生人数  本年度计划招生50名。  四、学制与学费  学制3年。学费、教材费、住宿费1.2万元/ 年/人，由省卫生计生委从省级中医专项补助中解决，伙食费及其他费用由学员自理。  五、培养方式及课程设置  采取全脱产形式，主要开设中医经典理论、中医临床各学科、哲学、英语及专题讲座，同时安排一定学时的临床实习课程。  六、报名方法与考试时间  （一）报名时间：2017年9月12日-10月13日;  （二）报名地点：甘肃中医药大学研究生院招生办公室；  （三）报名程序：  1.学员填写2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班报名表（见附件2，以下简称报名表）一式三份，并提交本科毕业证书、学士学位证书、执业医师资格证书原件及复印件，向所在单位申请。  2.各单位根据分配名额及学员申请，对学员报名资格进行审核、推荐，并在报名表上加盖公章后将推荐学员信息提交至所在市（州）卫生计生行政部门（报名表一份留原单位，一份交甘肃中医药大学，一份本人自留）。  3.各市（州）卫生计生行政部门统一将考生报名信息汇总表（见附件3）于9月22日前报甘肃中医药大学研究生院学位科。  4.省中医药管理局联合甘肃中医药大学对各市州、各单位推荐的学院报名资格进行复核，确定复核报考条件的学员名单。符合报考条件学员于9月25日-10月13日登陆：http://www.cdgdc.edu.cn/tdxlsqxt/login.shtml?action=forwardIndex，自行注册并填写个人信息。10月12日-10月13日持报名表和身份证原件(须现场扫描验证)、学历证书、学位证书原件及复印件到甘肃中医药大学研究生处学位科办公室现场审核；10月16日正式开课。  八、考试与结业  学习班结束，考核全部合格的学员，由甘肃中医药大学颁发甘肃省学位办统一印制的“结业证书”；未修完全部课程或修完全部课程而未全部通过考核者，由甘肃中医药大学发给写实性课程学习证明。  学员课程学习结业后，通过同等学力申请硕士学位外国语水平全国统一考试者，可申请硕士学位。  联系人及联系电话：  省中医药管理局  杨艳 （0931）4818135  甘肃中医药大学研究生院  李芳（0931）8765464    附件：[1.2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班名额分配表](http://www.gsws.gov.cn/uploadfiles_2/File/20130909114253547.doc)  [2.2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班报名表](http://www.gsws.gov.cn/uploadfiles_2/File/20130909114311596.doc)  3. 2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班学员信息汇总表    甘肃省卫生和计划生育委员会办公室  2017年9月12日    附件1  **2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班名额分配表**   |  |  | | --- | --- | | **单**  **位**  **名**  **称** | **名额(人)** | | 省人民医院 | 1 | | 兰州大学第一医院 | 1 | | 兰州大学第二医院 | 1 | | 省中医院 | 2 | | 省二院 | 1 | | 省三院 | 1 | | 省肿瘤医院 | 1 | | 甘肃中医药大学附属医院 | 2 | | 省妇幼保健院 | 1 | | 酒泉市 | 2 | | 天水市 | 4 | | 武威市 | 2 | | 庆阳市 | 4 | | 白银市 | 2 | | 定西市 | 4 | | 陇南市 | 3 | | 嘉峪关市 | 1 | | 平凉市 | 4 | | 甘南州 | 2 | | 兰州市 | 4 | | 张掖市 | 3 | | 临夏州 | 2 | | 金昌市 | 2 | | 合计 | 50 |    附件2  **2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班报名表**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 姓   名 | |  | | | | | | | | | | | 性别 | |  | | | 出生  年月 | | |  | | | | | | （彩色一寸照片） | | 身份证号 | |  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | | 出 生 地 | |  | | | | | | | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | | | | | | | | | 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 电   话 | | | |  | | | | | | 职  务 | |  | | | | | | | | | | | 职    称 | | | | |  | | | | | | | | | | 地   址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 邮   编 | | | |  | | | | | | 最后学历 | |  | | | | | | 毕业院校系所 | | | | | | | | | |  | | | | | 文凭编号 | | | |  | | 个人  简历 | | 何时、何地、何部门、任何职务（从高中开始填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否申请甘肃中医药大学硕士学位 | | | | | | | 是    □             否    □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 声  明 | 本人承诺以上信息真实可靠，如有虚假信息将由本人承担全部责任。                    本人签字： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | （以上各项由学员本人填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 单位推荐意见：        负责人：           （公章）                                                                  年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 甘肃中医药大学意见：        负责人：                （公章）                        年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | | 省卫生计生委意见：      负责人：                         （公章）                           年    月    日 | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       附件3：  2017年在职“中医学经典”研究生课程脱产学习班学员信息汇总表       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **姓名** | **性别** | **身份**  **证号** | **毕业证书**  **编号** | **学位证书**  **编号** | **毕业**  **时间** | **工作单位** | **联系电话** | **单位审核**  **意见** | **卫生计生部门审核意见** | **备注** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **备注：**审核部门需在表头盖章。 |