

江苏省护理学会

苏护会〔2020〕4号

关于印发《2020年江苏省专科护士 培训招生简章》的通知

各有关单位：

按照《江苏省专科护士培训管理规定（试行）》（苏卫医〔2012〕45号）的要求，受江苏省卫生健康委员会医政医管处委托，今年我会将继续开展专科护士培训工作。现将《2020年江苏省专科护士培训招生简章》（见附件）印发给你们，请各医院积极推荐符合条件的临床一线护理人员参加报考，并保证培训经费支持到位。

联系人：孙翠华，联系电话：025-83620659。



附件：

2020 年江苏省专科护士培训招生简章

一、培养目标

培养在某一专门或者特殊的护理领域具有较高水平和专长的专业型临床护士（高层次应用型专门人才），掌握较高的专科护理技能，能独立解决该专科领域护理疑难问题，并指导其他护士开展相关工作。

二、报考条件

报考者须符合以下基本条件：

- 1、具有良好的思想品德和高尚的职业道德；
- 2、临床注册护士；
- 3、本科及以上学历；
- 4、原则上 40 周岁以下；
- 5、具有 6 年以上临床护理经验；
- 6、具有 3 年以上相关专科经历；
- 7、具有 2 年以上临床护理带教经验；
- 8、同等条件下参加过市级专科护士培训的护士优先录取。

以上条件请各医院护理部严格把关，一旦发现不符合要求的，取消该学员报名资格，并酌情减少该医院下一年度的报名人数。

三、报名

- 1、原则上每所三级综合医院报名总人数不超过 10 人

（床位数大于 1500 张的三级甲等综合医院报名总人数不超过 12 人）、三级专科医院、中医院报名总人数不超过 6 人、二级医院报名总人数不超过 3 人。每个专科限报 1 人（精神科护理专科除外）。

2、报名者可登录省护理学会网站（www.jsna.org.cn）“专科护士培养”栏目，自行下载填写《江苏省专科护士培训学员报名表》（见附件 2，以下简称《报名表》），有 2 个以上培训基地的专科项目，学员可填报第一、第二志愿。报名表经单位推荐同意盖章（护理部公章+医院公章）后，由护理部汇总（含附件 2、附件 3）后统一快递至江苏省护理学会（南京市中央路 42 号，邮编：210008）。联系人：孙翠华，联系电话：025-83620659。同时将贵单位报名汇总表(附件 3)发至 zschxq@sina.com 邮箱。

3、已怀孕或近期准备怀孕的护士不得报名参加培训。如培训期间确诊怀孕的即停止参加培训，可保留学籍延迟到下一年再完成后期培训。

4、外省临床护士也可报名，其数量不占用江苏省内学员名额，总数不超过 4 人。外省学员培训结束可不参加结业考核，颁发江苏省专科护士培训结业证书。

报名截止日期：2020 年 2 月 20 日 14 点前（逾期不再补报）。

四、资格审查

《报名表》及相关材料由江苏省专科护士培训管理委员会审核后确认。

五、笔试与面试

笔试、面试由各培训基地负责组织，具体事宜另行通知。

六、录取

学员拟录取名单由各培训基地报江苏省专科护士培训管理委员会审定、公示后发放录取通知书。

附件：

- 1、2020年江苏省专科护士培训招生计划表
- 2、江苏省专科护士培训学员报名表
- 3、各医院专科护士报名汇总表

附件 1:

2020 年江苏省专科护士培训招生计划表

| 专科领域 | 培训基地 | 期次 | 拟招生人数 | 基地联系人 | 联系电话 |
|-----------------|------------|----|----------|-------|-------------|
| 心血管 护理 | 南京市第一医院 | 8 | 25-30 | 常 芸 | 18951670308 |
| | 南通大学附属医院 | 8 | 20 | 吴 娟 | 13861901841 |
| | 徐州市中心医院 | 8 | 20 | 沈 莹 | 13952165078 |
| 急诊急 救护理 | 南京鼓楼医院 | 10 | 24 | 黄 萍 | 13851816701 |
| | 苏州大学附属第一医院 | 11 | 24 | 施耀方 | 13962620998 |
| | 徐州医科大学附属医院 | 7 | 20 | 翟凤平 | 13813282130 |
| 母婴 护理 | 南京市妇幼保健院 | 12 | 20(助产方向) | 张爱霞 | 13401920998 |
| | 苏州市立医院 | 12 | 15(母婴方向) | 冯世萍 | 13862042748 |
| 血液净 化护理 | 江苏省人民医院 | 12 | 15 | 朱亚梅 | 13915948838 |
| | 常州市第一人民医院 | 12 | 15 | 倪静玉 | 13861286910 |
| | 东部战区总医院 | 10 | 15 | 吕桂兰 | 18205160808 |
| 儿科 危重症 护理 | 南京市儿童医院 | 10 | 20-22 | 李 梅 | 18951769043 |
| | 徐州儿童医院 | 6 | 15-17 | 范 媛 | 18952173951 |
| | 苏州大学附属儿童医院 | 6 | 20 | 王 新 | 13962106592 |
| 糖尿病 护理 | 江苏省省级机关医院 | 14 | 20 | 巫海娣 | 13770700901 |
| | 东南大学附属中大医院 | 6 | 20 | 鞠昌萍 | 13851868615 |
| | 江苏省中西医结合医院 | 6 | 20 | 楼青青 | 15312020129 |
| 手术室 护理 | 苏北人民医院 | 10 | 20-22 | 谢 萍 | 18952578589 |
| | 常州市第一人民医院 | 8 | 30 | 倪静玉 | 13861286910 |

| 专科领域 | 培训基地 | 期次 | 拟招生人数 | 基地联系人 | 联系电话 |
|-------------------------|----------------------|----|-------|----------------------------|-------------|
| 骨科护理 | 苏州大学附属第一医院 | 8 | 25-30 | 王洁 | 13962164589 |
| | 江苏省人民医院 | 6 | 28-30 | 刘梅 | 13851552644 |
| 肿瘤护理 | 江苏省肿瘤医院 | 11 | 30 | 施如春 | 13813850372 |
| | 江南大学附属医院(原无锡市第四人民医院) | 10 | 18-20 | 陈莺 | 13665194739 |
| 静脉输液护理 | 南京鼓楼医院 | 8 | 20 | 傅荣 | 13770826819 |
| | 镇江市第一人民医院 | 8 | 20 | 高燕 | 13952892628 |
| 危重症护理 | 东南大学附属中大医院 | 8 | 25-30 | 朱艳萍 | 13913966200 |
| | 南京市第一医院 | 8 | 25 | 陈玉红 | 18951670955 |
| | 江苏省人民医院 | 11 | 25 | 宋燕波 | 13815855407 |
| 临床营养支持 | 东部战区总医院 | 11 | 30 | 叶向红 | 13951975282 |
| 消化科护理 | 江苏省人民医院 | 6 | 25 | 丁霞芬 | 13851817168 |
| | 南京鼓楼医院 | 6 | 20 | 李雯 | 13913950381 |
| 神经外科护理 | 南京鼓楼医院 | 6 | 18-20 | 陈璐 | 15951891930 |
| | 苏州大学附属第二医院 | 6 | 18-20 | 黄慧 | 15312187852 |
| 精神科护理 | 南京脑科医院 | 6 | 25 | 徐柳柳 | 15850589372 |
| | 无锡精神卫生中心 | 6 | 20 | 王晓娥 | 13358119151 |
| 伤口、造口、失禁护理(南京国际造口治疗师学校) | 江苏省护理学会、南京医科大学护理学院 | 14 | 30 | 该招生简章将于2020年4月另发,本次招生不含该专业 | |

附件 2 :

江苏省专科护士培训学员报名表

| | | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------|-----------|-----------------------|
| 姓 名 | | 性 别 | | 照片 (小二寸正面彩色 免冠) |
| 出生年月 | | 最高学历 | | |
| 毕业院校 | | 英语水平 | | |
| 职 称 | | 职 务 | | |
| 身份证号 | | 所报临床 专科年限 | | |
| 工作单位 | | 目前所在科室 | | |
| 单位发票抬头 | | 单位税号 | | |
| 医院等级 | | 床位数 | | |
| 开始工作时间 | _____年_____月 | | | |
| 联系地址 | _____ 邮编: _____ | | | |
| 联系电话 | _____ 邮箱: _____ | | | |
| 护理部 | 联系人: _____ | 联系电话: _____ | 邮箱: _____ | |
| 所报专科项目名称 及基地所在医院 名称 | 所报专科项目名称_____ | | | |
| | 第一志愿: 基地所在医院名称_____ | | | |
| | 第二志愿: 基地所在医院名称_____ | | | |
| 工作经历(工作后 各专科轮转经历) | | | | |
| 以往参加过何种 相关培训或进修 | | | | |
| 发表相关论文 及科研项目 | | | | |
| 单位推荐意见: | 培训基地意见: | 管委会意见: | | |
| (护理部盖章)(医院盖章) | (盖章) | (盖章) | | |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | | |

注: 以上填写信息真实有效, 若有虚假成份, 报名资格自动失效。

附件 3：

_____医院专科护士报名汇总表

| 序号 | 姓名 | 目前所在科室 | 所报专科领域 | 拟报培训基地 |
|----|----|--------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

护理部联系人：

联系电话：