

江苏省护理学会

苏护会〔2020〕34号

关于印发《2020年江苏省老年护理、社区 护理专科护士培训招生简章》的通知

各有关单位：

受省卫健委医政医管处委托，根据《2020年江苏省护理学会工作计划》，我会组织开展了老年护理、社区护理省级专科护士培训基地评审工作，评选出3个老年护理培训基地、2个社区护理培训基地。现下发《2020年江苏省老年护理、社区护理专科护士培训招生简章》（见附件），请各单位积极推荐符合条件的护理人员参加报考，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 年江苏省老年护理、社区护理 专科护士培训招生简章

一、培养目标

培养在老年、社区专科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），掌握较高的老年、社区专科护理知识与技能，能解决该专科临床护理疑难问题，并能教育和指导其他人员开展老年、社区护理服务。

二、报考条件

（一）老年护理专科护士：

- 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、二级及以上医疗机构本科及以上学历；基层医疗机构（社区卫生服务中心、护理院、医养结合型机构）大专及以上学历；
- 4、原则上 40 周岁以下（基层医疗机构 45 周岁以下）；
- 5、具有 6 年以上临床护理经验，其中至少具有 3 年以上老年护理专科经历；
- 6、具有 2 年以上临床护理带教经验（二级及以上医疗机构）
- 7、同等条件下参加过 2018 年、2019 年中英老年专科护士培训师资项目的学员、市级老年护理专科护士优先录取。

（二）社区护理专科护士：

- 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、二级及以上医疗机构本科及以上学历；基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院等）大专及以上学历；
- 4、原则上 45 周岁以下；
- 6、具有 6 年以上护理工作经验，其中至少具有 3 年社区护理工作经验；
- 7、同等条件下市级社区护理专科护士优先录取。

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，并酌情减少该医院报名人数。

三、报名

1、社区护理：除社区护理专科护士培训基地、实习基地可报 1 人外，其他从事社区护理的人员由各市卫健委基层卫生健康处推荐（省卫健委基层卫生健康处另行发函通知）。

2、老年护理：省级老年护理专科护士培训基地可报 1~2 人，实习基地及其他医疗机构可报 1 人。

3、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》），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，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。同时请各医院护理部将贵单位报名汇总表(见附件 3)发至 zschxq@sina.com 邮箱。

4、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。

5、报名截止日期：2020 年 11 月 26 日 12 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后发放录取通知书。

附件：

1、2020 年江苏省老年护理、社区护理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、各医疗机构专科护士报名汇总表

附件 1:

**2020 年江苏省老年护理、社区护理
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
老年护理	江苏省老年病医院	1	25~30	王洁	15850517153
	江苏省人民医院	1	25	梅克文	13851509628
	连云港市第一人民医院	1	20	于江	18961326468
社区护理	江苏大学附属医院	1	20-25	刘巧艳	18652733157
	徐州市第一人民医院	1	20-25	沈洁	13615101909

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	所报专科项目名称: _____			
及基地所在医院	第一志愿: 基地所在医院名称_____			
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) 年 月 日	(盖章) 年 月 日	(盖章) 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:

_____医疗机构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: