**内江市第二人民医院**

**四川省肿瘤护理专科护士培训基地**

**2025年秋季招生简章**

为助力四川省专科护理发展，培养高质量人才队伍建设，内江市第二人民医院根据《四川省专科护士培训基地管理办法》和《四川省专科护士培训工作实施方案》的相关要求，结合我院专科护士培养的经验，启动2025年四川省护理学会肿瘤护理专科护士招生工作。

**一、培训基地简介**

四川省癌症区域医疗中心——内江市第二人民医院地处美丽的四川内江甜城湖东岸，依山傍水，建于1949年12月，前身是中国人民解放军第95军医院，2011年1月批准为三级甲等综合医院。从1962年起先后作为华西医科大学、重庆医科大学、第四军医大学、西南医科大学等高等院校的教学医院。历经70多年的发展，我院现已成为集医疗、科研、教学、急救、预防保健、健康管理于一体的国家三级甲等综合医院，医疗服务辐射川南地区。

医院占地总面积为329亩，业务用房面积为120000平方米；现编制床位1500张。医院设有临床一、二级科室42个，医技科室10个，职能科室20个。内江市有21个专业的医疗质控分中心设在医院。“四川省癌症区域医疗中心”“国家脑卒中筛查与防治基地”“国家级标准版胸痛中心”“国家药物临床试验机构”“国家高级卒中中心”“四川省健康管理示范医院”“内江市肿瘤疾病防治中心”“内江市精神卫生中心”“内江市传染病防治中心”“内江市康复医学中心”“内江市临床远程诊断中心”“四川省新生儿听力筛查内江分中心”均设在医院。

医院有四川省临床重点专科1个：肿瘤科；“川渝共建”临床重点专科（省级）3个：普通外科、重症医学科、精神科；省级重点专科9个：神经内科、肾内科、影像中心、检验科、护理学科、心血管内科、泌尿外科、耳鼻咽喉科、麻醉科；内江市临床重点专科8个：神经内科、消化内科、心血管内科、麻醉科、呼吸与危重症医学科、精神科、耳鼻咽喉头颈外科、重症医学科。

肿瘤中心下设五个科室：肿瘤一科、肿瘤二科、肿瘤三科、肿瘤四科、 放射治疗科，是已建成的省级甲级重点专科，拟申报国家级临床重点专科。

医院拥有一流的设施和一支高素质的护理队伍，肿瘤中心师资队伍雄厚，教学设施齐全，为专科学员提供优质的学习条件和实践环境。自2019年起招收三届肿瘤专科护士共计33人，通过率100%。

**二、培训基地招生计划**

2025年肿瘤专科护士培训基地招生计划表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 培训专业 | 拟招人数（期） | 开课时间 | 培训时间 | 培训费用（元） |
| 肿瘤护理 | 10 个 | 9月 | 2个月 | 3500. 00 |

**特别说明：**

2025年9月我院肿瘤专科护士培训基地拟招录10人，若报名人数超过10人，我院将择优录取后于2025年8月底在我院官网公示。

**三、招收对象**

（一）具有大专及以上学历，取得护士执业证书的人员；

（二）从事肿瘤相关专科护理工作年限在2年以上的人员。

**四、报名、录取、报到程序**

（一）报名时间：即日起至2025年8月15日。

（二）报名方式：采用网上报名途径，官网上下载报名表并规范填写后扫描二维码报名。

1.报名学员填写报名表：在内江市第二人民医院官网 http: **//www. njs2yy.com/新闻中心下载“内江市第二人民医院肿瘤专科护士培训申请表”（见附表）。**

2.网上报名：扫描下面二维码按照要求逐项填写报名。



（三）录取：将于2025年8月底在我院官网公示。

（四）报到：培训人员须按我院官网公示要求及规定到内江市第二人民医院报到入学。

（五）培训费用：3500元，可采用刷卡或现金方式支付。

（六）此次培训由我院提供住宿。

**五、培训内容**

按照原国家卫生部《专科护理领域护士培训大纲》要求， 肿瘤护理培训2个月，采用全脱产式学习，其中理论1个月，临床实践1个月。

**六、结业**

学员按要求完成理论和临床实践的全部课程，经理论考试及临床实践技能考核成绩合格者，颁发通过四川省护理学会“肿瘤护理专科护士培训合格证书”。

**七、联系方式**

1 .通讯地址：四川省内江市东兴区新江路470号，内江市第二人民医院护理部，邮编：641100。

1. 护理部：0832-2383198
2. 联系人：许 颖 15928366920

陈晓莉 15928360475

内江市第二人民医院

2025年7月1日

附表

内江市第二人民医院肿瘤专科护士培训申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 | 民族 | |  | | 贴照片处 |
| 籍贯 |  | | | | | 政治面貌 | |  | |
| 文化程度 |  | | | | | 职称/职务 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | |
| 办公电话 |  | | | | 手机号码 | |  | | QQ号 |  |
| 申请培训专业 | | 肿瘤专科 | | | 培训时间 | |  | | 邮编 |  |
| 护士执业证编号 | |  | | | | | 最近注册时间 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | |
| 主要工作经历 | |  | | | | | | | | |
| 选送单位意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 接受单位意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | |