

# 重庆市护理学会文件

---

## 重庆市护理学会关于举办

### 重庆市《第二期疼痛专科护士培训班》的通知

各区县(自治县)人民医院, 市级各医院, 重庆医科大学各附属医院, 陆军军医大学各附属医院, 驻渝部队医院, 大型企事业职工医院:

为认真贯彻落实《中国护理事业十三五发展规划纲要(2016-2020年)》, 推进疼痛专科护理的发展, 提高专科护理水平和质量, 促进专科护理人才建设, 培养一批“规范化、知识全、专业精、技能高、有一定教学和科研能力”的高质量临床护理骨干。重庆医科大学附属第一医院疼痛科作为卫生部“癌痛规范化治疗示范病房”, 重庆市“疼痛治疗中心”, 根据重庆市护理学会专科护士培训工作计划, 拟于2021年6月~2021年9月举办重庆市《第二期疼痛专科护士培训班》。现将培训班相关事宜通知如下:

#### 一、 招生条件

(一) 热爱本职工作, 有奉献精神, 工作责任心强, 刻苦钻研。

(二) 取得《护士执业资格证书》, 大专以上学历, 具有2年以上临床护理工作经历。

(三) 思想品德好，身体健康，从事临床护理工作。

## 二、招生人数

本期招收 30 名学员，额满即止。

## 三、培训时间及费用

(一) 培训时间：2021 年 6 月 7 日至 2021 年 9 月 3 日，课程时间为 8 周，全脱产学习。理论学习：6 月 7 日~6 月 25 日，临床实践：分两批进行，第一批 6 月 28 日~7 月 30 日，第二批 8 月 2 日~9 月 3 日。原则上第一批临床实践优先安排主城区以外学员。

(二) 培训费用：4500 元/人，食宿自理、费用回原单位报销。

## 四、报名程序

(一) 报名时间：即日起至 2021 年 5 月 30 日截止。

(二) 录取方式：资格审查后择优录取，录取结果将以电话的方式通知本人，如本人无故不参加，一律不退款。

(三) 报名方式及缴费

1. 报名方式：请填写报名回执表（附件 1），并与交费凭据一同发至重庆市护理学会邮箱 63606736@163.com，同时将（附件 2）发送至培训基地邮箱 331493433@qq.com。

2. 缴费方式：请将培训费转入重庆市护理学会账户。

户 名：重庆市护理学会

开户行：招商银行重庆观音桥支行

账 号：123905286210201

汇款时请务必写上 xx 参加疼痛专科培训。如本人无故不参加，一律不予退款。

## 五、报到程序

(一) 报到时间：2021年6月4日9:00—12:00。

(二) 报到地点：重庆医科大学附属第一医院3号楼7楼疼痛科学习园地。

(三) 报到时需准备的材料

1. 单位盖章的纸质报名表（报名表请在附件2自行下载填写后盖医院公章）。

2. 免冠正面登记照2张（红底2寸彩照1张，红底1寸彩照1张，背面用圆珠笔写上姓名和单位名称）。

3. 请自备工作服一套及白色护士鞋。

4. 7日内新冠核酸检测纸质报告单。

## 六、经考核合格及发证

培训结束后将进行理论考试及操作考核，理论考试由重庆市护理学会统一安排，操作考核由培训基地按大纲安排完成。考试考核合格者由重庆市护理学会颁发《重庆市疼痛专科护士证书》。

## 七、联系方式

联系地址：江北区建新东路3号百业兴大厦23楼2307办公室。

联系电话：

洪梅（重庆市护理学会）：023-67550607 或 13983177116；

谭地方（培训基地联系人）：023-89012170 或 18502376345。



附件 1:

重庆市护理学会《第二期疼痛专科护士培训班》回执

医院名称:

纳税人识别号:

姓名	性别	工龄	职称	职务	联系电话	是否住宿	备注

## 附件 2

重庆市《第二期疼痛专科护士培训班》学员报名表

姓名		出生年月		请贴上一寸照片		
政治面貌		学历				
英语水平		学位				
职称		职务				
从事护理工作 年限		身份证号码				
工作单位						
联系方式	地址			邮编		
	电话		手机		E-mail	
工作经历 (何时何地在某 专科的工作经 历)						
以往参加过何种 相关知识培训						
发表论文及科研 工作情况						
单位推荐意见:						
(盖章)						
年 月 日						

注: 1. 回执复印有效。

2. 请在 2021 年 05 月 30 日前将回执发送到邮箱 331493433@qq.com, 同时电话告知。

3. 回执请写清姓名、性别、单位和联系电话, 方便联系。