

浙江省康复医学 质量控制中心文件

浙康控 [2024]6 号

关于开展第五期浙江省临床医师（助理）增加康复医学 注册范围培训工作的通知

各有关单位：

为认真贯彻落实《浙江省康复医疗服务试点工作实施方案》（浙卫办发函【2022】4号）精神及《浙江省卫生健康委办公室关于开展康复医学转岗培训工作的通知》（浙卫办发函【2022】14号）有关要求，增加康复医疗服务供给，提升康复医疗服务质量，受浙江省卫生健康委委托，浙江省康复医学质量控制中心决定开展第五期浙江省临床医师（助理）增加康复医学注册范围培训工作。现将有关事项通知如下：

一、培训对象

县级及以下卫生机构中已取得临床执业（助理）医师资格，拟

从事康复医疗工作且未接受过康复医学专业住院医师规范化培训的临床执业（助理）医师。

二、名额分配

根据培训规模分配贵单位____人，人员为_____同志，务必在 4 月 25 日前回执至浙江省康复医学质量控制中心，否则如同放弃。

三、培训时间

培训时间共 6 个月，采取全脱产学习方式。其中，理论知识集中培训学习 3 个月，定点培训医疗机构临床实训 3 个月。

5 月 5 号全天报到，5 月 6 日正式开班。

四、培训地点

杭州市市民健康生活馆，杭州市建国北路 677 号。

五、培训内容

培训内容包括康复医学概论、康复医学相关基础、康复评定、常用康复治疗技术、常见疾病康复治疗、常见康复问题处理、康复医学工作规范等。

六、考核工作由浙江省卫生健康委统一组织，考核内容为理论考试和实践技能考核两部分。理论考试和实践技能考核全部合格者，浙江省卫生健康委统一颁发康复医生增加注册培训合格证书。

七、培训费用

全程培训费用每人 2.0 万，务必在 4 月 30 日前汇至浙江省康复医学会账号，否则视同放弃。培训费、住宿费自理回单位报销。

开户名称：浙江省康复医学会
单位税号：513300005018676302
开户银行：中国工商银行庆春路支行
银行账号：1202020209900084529



八、联系人

程瑞动 15068846908（微信同号）crdrw@163.com
谭同才 13588067448（微信同号）29ttc@sina.com
通讯地址：杭州市上塘路 158 号浙江省人民医院康复科
邮 编：310014



附件 1：培训回执

浙江省康复医师转岗（增注）人员培训回执

工作单位		通讯地址/邮编	
姓名		职称	手机
联系人		E-mail	
微信		住宿	是□ 否□

注：请务必于 2024 年 4 月 25 日前将回执邮寄并电话（或微信）告知，以便于安排相应事宜。

单位盖章：

主题词：康复医师 培训 通知

抄送：浙江省卫生健康委员会医政医管与药政处

浙江省医学质量控制中心

浙江省康复医学质量控制中心办公室 2024 年 4 月 7 日印发

附件 2

浙江省康复医师转岗（增注）培训

第五批名额分配表

序号	地区	分配名额
1	杭州市	8
2	宁波市	7
3	温州市	7
4	湖州市	4
5	嘉兴市	5
6	绍兴市	5
7	金华市	6
8	衢州市	4
9	舟山市	4
10	台州市	6
11	丽水市	4