

# 昆明医科大学附属口腔医院 2026 年住院医师规范化培训招收简章

## 一、医院及基地简况

昆明医科大学附属口腔医院(云南省口腔医院)建立于 2006 年,为昆明医科大学直属附属医院,是云南省规模最大的、集医疗、教学、科研、预防保健于一体的三级公立口腔专科医院,承担着高层次口腔医学人才培养、医疗、科研和社会服务多重职责。医院与口腔医学院实行一体化管理,人才培养体系涵盖本科、硕士、博士、博士后以及毕业后教育(规培)和继续医学教育。医院于 2014 年获批为国家级住培基地,同时也是国家认定的云南省国家医师资格考试(口腔)实践技能考试基地。

医院设有口腔全科、口腔内科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科 5 个规培专业基地,其中,口腔全科为国家级住培重点专业基地,口腔内科、口腔修复科获省级住培重点专业基地建设项目。全院设有 19 个临床医技科室及 6 个直属门诊部,有牙椅 236 台,病床 38 张,年门诊患者量 60 万余人次。医院高度重视住院医师规范化培训工作,坚持以“两个标准”为指导,围绕六大核心胜任力要求,不断建立并完善住培管理制度,持续强化住培教学质量,加强住培课程体系建设,规范住培过程考核,着力提升住培学员的待遇保障,全方位确保住培学员的培训质量。医院持续加强师资队伍建设,现有住培师资 120 余人。至今已招收培养住培学员 600 余人,近五年执业医师考试通过率和规培结业考核通过率均位于全国前列。

医院全面贯彻落实“两个同等对待”政策，凡面向社会招收的普通高校应届毕业生培训对象，培训合格当年招聘到医院就业的人员均按当年应届毕业生同等对待；凡经住培合格的本科学历人员，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面与专业学位硕士研究生同等对待。

现根据《云南省卫生健康委员会办公室关于开展2026年住院医师规范化培训和助理全科医生培训招收工作的通知》要求，面向全国招收住院医师规范化培训学员（以下简称“住培学员”）。

## **二、招生对象**

（一）符合口腔类别医师资格考试报考条件规定专业范围应、往届全日制本科及以上学历医学毕业生。以应届本科毕业生为重点，向来自县级及以下基层医疗卫生机构委派培训对象倾斜。

（二）昆明医科大学招录的2026级口腔医学专业学位硕士研究生（以下简称专硕研究生）按有关规定与住培衔接。

上述招收对象应具有正常履行培训岗位职责的身体条件。

## **三、报名条件**

（一）具有良好的政治素养，热爱医学事业，遵纪守法，无违法犯罪记录，道德品行良好，身心健康。

（二）具有口腔医学全日制本科及以上学历，并获得学士及以上学位。

（三）符合住院医师规范化培训报名条件且自愿申请参加培训，能按要求完成培训计划。

(四) 毕业 1 年以上的往届本科毕业生或学术学位硕士毕业生需已取得执业医师资格证书; 单位委托的培训对象需出具本单位同意报考的证明材料。

#### 四、招生计划

我院 2026 年招生计划数共 40 名 ( 不含 “ 专业学位硕士研究生 ” 名额 ) ， 具体如下：

序号	专业代码	专业基地	招收科室	计划招生数
1	2800	口腔全科	医院所属各门诊及 口腔全科医学科	18
2	2900	口腔内科	牙体牙髓病科	2
			牙周病科	3
			儿童口腔科	2
3	3000	口腔颌面外科	口腔颌面外科	6
4	3100	口腔修复科	口腔修复科	3
			口腔种植科	2
5	3200	口腔正畸科	口腔正畸科	4
合计				40

#### 五、报名程序

##### (一) 网上报名

1. 报名时间：7 月 13 日 11:00—7 月 27 日 23:00 期间，申请培训人员 ( 含专硕研究生 ) 可登录云南卫生健康人才网进行网上报名，具体步骤详见 “ 操作手册 ” ( 手册可在报名开始时在系统登录页面左下角 “ 通知公告 ” 中下载 ) 。

2. 省卫生健康委委托省卫生健康人才交流中心负责 2026 年招收工作的组织协调、指导监督等，指定由云南卫生健康人才网

统一发布报考流程、相关公告、各培训基地招生简章等。请各位考生及时登录该官网关注相关信息，进行网上报名。

## **(二) 现场确认**

**1.对象：**面向社会招收、单位委派的培训对象。

**2.时间：**7月29日，上午9:00至11:30，下午14:00至17:00。

**3.地点：**昆明市五华区高新开发区海源中路1088号和成国际C座5楼508室研究生管理科。

**4.审核材料：**原件和复印件一式一份，原件审核后返还本人，复印件按顺序进行装订。

①个人报名表（网报后打印）；

②个人简历；

③身份证、毕业证、学位证；

④外语水平证明：国家四六级英语等级证书或相关成绩单（有则提供）；

⑤无犯罪记录证明；

⑥毕业1年以上的往届本科毕业生或学术学位硕士毕业生需提供执业医师资格证书（或成绩单等佐证材料），其他类型毕业生有则提供；

⑦单位委培对象除按上述要求提交①-⑥相关材料外，还需出具本单位同意报考的证明材料（模板详见附件1），填报的培训专业、培训基地医院等信息须与经单位盖章的介绍信保持一致；

⑧其他：申请减免培训年限者需提交《云南省住院医师规范化培训年限减免申请表》和临床轮转记录手册（原用工单位管理部门签章）。

## **六、考核录取流程**

经现场确认审核通过的“面向社会招收、单位委派的培训对象”，将参加医院统一组织的笔试和面试考核，具体如下：

（一）笔试考核：考核时间地点待现场确认时另行通知。考核范围为本科生学习阶段涉及的所有口腔医学专业核心课程。

（二）面试考核：笔试考核成绩及格或达到专业基地的最低控制线的考生进入面试考核，考核内容包括临床技能、专业英语水平和综合素质。

（三）结果公示。

（四）体检。

（五）录取。

（注：笔试面试人员不含专硕研究生及已进入我院事业单位公开招聘录取人员）

## **七、待遇保障**

（一）凡录取人员，将与医院签订住培协议。

（二）按照规定每月发放国家住培补助及省级住培补助。

（三）医院每月发放住房生活补助和临床绩效标准如下：

1.自主培训学员（社会人）：自主培训学员签订规培劳动合同，医院统一购买社保。轮转期间按照“培训年限”“学历”和“是否获得执医证书”要求标准发放 2000-3500 元生活补助，另由科室根据其临床工作质量核发一定临床绩效。

2.外单位委培学员（单位人）：培训期间的基本工资、社会保险、住房公积金等由派出单位承担，轮转期间按照“培训年限”“学历”和“是否获得执医证书”要求标准发放300-500元生活补助，另由科室根据其临床工作质量核发一定临床绩效。

3.昆明医科大学附属口腔医院已聘用人员申请规培者视为单位人纳入医院人事聘用管理。

（四）享受法定节假日休假等相关福利待遇。

（五）年度考核优秀学员，优先考虑给予参加学术交流学习的机会。

（六）参加住培结业考核合格者发放国家统一制式的《住院医师规范化培训合格证书》。

（七）培训期间，参培医师可报名参加昆明医科大学同等学力研究生的学习，按照相关规定完成学习和课题答辩的住培医师可申请同等学力研究生学位。

## **八、注意事项**

（一）根据有关规定，对在培训招收工作中弄虚作假的培训申请人，取消其本次报名、录取资格；对录取后不按要求报到或报到签订培训协议后退出、终止培训者（含在培人员参加全日制研究生学历教育），自终止培训起3年内不得报名参加住培（或2年内不得报名参加助培），除全部退还已享受的相关费用，还需按以上已享受费用的50%作为违约金。

（二）申请培训人员应确认所报志愿并保证其无退出或终止培训等记录，如隐瞒既往住培退出或终止经历的（退出三年内不得再次参加培训），一经查实取消录取资格。

(三)请密切关注云南卫生健康人才网及我院官网发布的消息和公告，服从培训基地招收工作安排。招收过程中无故缺席相关审核、考试、面试、报到等环节者，视为个人原因主动放弃，并承担相关责任后果。

(四)2026年我院招收的专业学位硕士研究生请于2026年7月13日11:00—7月27日23:00期间登录云南卫生健康人才网完成网络报名，无需按上述时间参加现场审核和考试，其他报名工作要求请根据昆明医科大学研究生招生办发出的录取通知书有关要求执行。

## **九、联系方式**

昆明医科大学附属口腔医院研究生管理科（继教办）

联系人：宋老师

电话：0871-65330099 转 8088

地址：昆明市高新区海源中路1088号和成国际C座

附件：1.同意送培证明（外单位委培）

2.《云南省住院医师规范化培训年限减免申请表》

欢迎广大口腔医学生报考我院住院医师规范化培训！

昆明医科大学附属口腔医院住院医师规范化培训基地

2026年7月10日

## 同意送培证明（外单位委培）

\_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 同志（性别： ）  
，身份证号 \_\_\_\_\_ ，最高学历 本科 研究生，  
最高学位 学士 硕士 博士 无，学位类型 学术型 专业  
型 无，本科学历专业： \_\_\_\_\_ ，最高学历专业：  
\_\_\_\_\_ 。系/拟于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月招聘入院。招聘专业：  
\_\_\_\_\_ ，科室 \_\_\_\_\_ ，岗位招聘类别： 编制内 编  
制外 其他。现同意送至昆明医科大学附属口腔医院参加住院  
医师规范化培训，培训专业为 \_\_\_\_\_ ，并承诺保  
障培训人员在送培单位应该享受的工资等待遇，不以任何借口放  
弃派送、中断和撤回培训。注：培训专业必须与招生简章一致，  
否则无效。

个人签名（手签，按手印）： \_\_\_\_\_ 年 月 日

（医院签章）

年 月 日

## 云南省住院医师规范化培训年限减免申请表

基地医院名称			培训专业		
姓名			性别		
毕业院校			学制	<input type="checkbox"/> 7年制 <input type="checkbox"/> 8年制 <input type="checkbox"/> 专业型硕士 <input type="checkbox"/> 专业型博士 <input type="checkbox"/> 其他	
硕士	毕业专业		博士	毕业专业	
	毕业时间			毕业时间	
申请减免培训年限理由：  (需说明的材料附后) 申请人签字：_____年 月 日					
培训基地审批意见	审批人：  (公章) 年 月 日		省卫生人才交流中心审核意见	审核人：  (公章) 年 月 日	
省毕教办备案意见	(不需审批，检查无误后标注“同意备案”)  (公章) 年 月 日				

注：1.按照国家相关要求，原则上已具有医学类相应专业学位研究生学历的人员，按照按“缺什么补什么”的原则在培训基地接受培训，硕士培训年限不少于2年、博士培训年限不少于1年；其余情况不得减免培训年限。符合减免年限要求的，以1年为单位进行减免。  
 2.本表一式二份，报省毕教办备案后，返回一份由培训基地留存备查。