

2024 年南京市产科护理专科护士招生简章

随着我国生育政策的调整，人民群众对产科护理提出了更高的深化发展要求。为进一步推进产科专科护理发展，全面提升产科护理服务品质，培养具有较高理论和实践技能水平的临床实践型护理骨干，南京医科大学附属妇产医院受南京市卫生健康委员会医政处委托将于 2024 年 8 月承办南京市产科护理专科护士培训工作，具体招生安排如下：

一、培训对象

2024 年南京市产科护理专科护士培训基地招生对象主要面向南京地区三级医院、二级医院，拟招生人数 20-25 人。

报考者须符合以下资质要求：

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. 大专及以上学历；
4. 原则上 40 周岁以下；
5. 具有 5 年以上的临床护理经验（含 3 年以上产科专科经历）。

二、培训方法

培训采取理论、实践、工作的教学模式和形式，从理论和技能两方面入手，全面提高专科护士的职业素质。

（一）培训时间

2024 年 8-10 月，总学时 320 学时，其中理论 120 学时，



实践 200 学时。

（二）培训方式

课程由南京市产科护理培训基地承担。

理论培训：集中脱产培训 120 学时 3 周，培训课程设置采取模块组合的体系框架，包括公共课程和专业课程。其中公共课程涵盖产科临床护理思维、护理质量管理、临床护理教学、循证护理等模块，产科专业课程由产前检查与孕期保健、妊娠合并症、并发症评估与护理、产科危急重症救护、产科新技术新进展、产科急救工作坊等模块组成。

实践培训：实践课程 200 学时（实践 5 周），实践基地包括南京市妇幼保健院、江苏省人民医院和江苏省中西医结合医院，实践科室包括产科门诊、产科病房、产房、护理门诊、新生儿科等。安排具有 10 年以上临床经验的带教老师专人带教，带教老师与学员的比例为 1: 1~2。实践内容包括产科各种仪器使用，各种产科急危重症救治护理技能、突发事件的应急处理、孕产妇及新生儿护理技能、母乳喂养技术等。

三、培训地点

江苏省南京市秦淮区天妃巷 123 号，南京医科大学附属妇产医院（南京市妇幼保健院）。

四、招生录取

（一）申请报名



报名时间：即日起开始报名，截止时间为 2024 年 7 月 20 日。（逾期不再补报）。

报名方法：请将《南京市产科护理专科护士培训学员报名表》（附件 1）填写完整，报名表经本单位推荐统一签字、盖章后，由护理部汇总填写《南京市市级产科护理专科护士培训学员报名汇总表》（附件 2），将盖章后的报名表、汇总表、身份证、护士执业证书（执业证照片页+最近一次注册时间、地点页的扫描件发至邮箱：hulibu001@163.com，并注明“南京市产科护理专科护士报名+医院名称+姓名”。

已怀孕或哺乳期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。

（二）资格审查

《报名表》及相关材料由培训基地审核确认后上报南京市卫生健康委员会医政医管处备案。

（三）笔试与面试

学员报名后需经理论考试及面试择优录取，笔试、面试由南京医科大学附属妇产医院培训基地负责组织，具体事宜另行通知。

（四）录取

学员拟录取名单由培训基地上报南京市卫生健康委员会医政医管处审核、公示后发放录取通知书。

五、资质认定

此项目为南京市专科护士培训项目，学员按要求完成理



论与实践部分的全部课程，并通过评估与考核，经综合考核成绩合格者，由南京市卫生健康委员会医政处及培训基地共同颁发“南京市市级专科护士培训合格证书”。

六、培训费用

培训费（含培训、实习、资料、证书等）共 6000 元/人，食宿自理，回原单位报销，具体缴费方式见报到通知。

七、联系方式

以上内容如有疑问，请及时致电以下联系人或发邮件。

联系人：张爱霞 电话：025-52226311

曾丽华 电话：15996312162

邮箱：hulibu001@163.com

附件：

1. 南京市市级产科护理专科护士培训学员报名表
2. 南京市市级产科护理专科护士培训学员报名汇总表



附件 1:

南京市市级产科护理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 | | |
| 医院等级 | | 床位数 | | |
| 单位发票抬头 | | 单位税号 | | |
| 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: | |
| 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 (护理部盖章) 年 月 日 | 培训基地意见: (盖章) 年 月 日 | 管委会意见: (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 2:

南京市市级产科护理专科护士培训学员报名信息汇总表

医院

| 姓名 | 年龄 | 职称/职务 | 所在科室 | 所报专科 | 联系电话 | 电子邮箱 |
|----|----|-------|------|------|------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

不够可复印

