

贵州省卫生健康委员会
贵州省教育厅
贵州省人力资源和社会保障厅
贵州省中医药管理局

黔卫健函[2019]93号

关于做好2019年本科层次农村订单定向
免费医学生招生录取工作的通知

各市、自治州卫生健康局、教育局、人力资源和社会保障局，仁怀市、威宁县卫生健康局、教育局、人力资源和社会保障局，贵州医科大学、遵义医科大学、贵州中医药大学：

根据《省人民政府办公厅关于印发贵州省改革完善全科医生培养与使用激励机制实施方案的通知》(黔府办发[2018]21号)、《贵州省农村订单定向医学生免费培养工作实施方案》(黔发改社会[2010]2584号)、《省教育厅等6部门关于进一步做好我省农村订单定向医学生免费培养工作的意见》(黔教高发[2015]172号)，为进一步加强以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设，根据各市(州)上报的卫生人才培养需求计划，现就做好我省2019

年本科层次农村订单定向免费医学生(以下简称本科层次免费医学生)招录工作通知如下:

一、招录任务

2019年,国家卫生健康委员会、国家中医药管理局分配我省300名本科层次免费医学生招录任务(其中临床医学200名、中医学100名)。

二、任务分配

贵州医科大学、遵义医科大学及贵州中医药大学作为承担今年本科层次免费医学生培养任务的具体院校。贵州医科大学承担100名本科层次免费医学生(临床医学专业)的教学任务;遵义医科大学承担100名本科层次免费医学生(临床医学专业)的教学任务;贵州中医药大学承担100名本科层次免费医学生(中医学专业)的教学任务。根据各地培养需求,将今年国家分配的300名本科层次免费医学生培养计划落实到全省各市(州)相关县(市、区、特区)(见附件1)。

三、招录程序

(一)省教育厅将300名本科层次免费医学生作为定向招生纳入2019年普通高等教育招生计划。对参加高考统一录取的考生,单列志愿、单独划线、提前录取。

(二)报考条件

1. 符合2019年统一高考报名条件;
2. 本人及父亲或母亲或法定监护人户籍地在定向县农村,本

人具有当地连续三年以上户籍；

3. 本人具有户籍所在县高中连续三年学籍并实际就读。

农村区域可按照贵州省统计局 2015 年统计用区域代码及城乡划分代码《贵州省 2016 年普通高考专项计划招生农村区域目录》确认；也可按 2015 年 6 月 1 日（不含 6 月 1 日）前，贵州省公安机关登记的农业户口为标准确认。

（三）本科层次免费医学生招生录取由省招生考试网具体负责。根据我省实际情况，本科层次免费医学生招生面向定向所在县农村区域生源，结合我省今年本科层次免费医学生分配到各县的计划数，按考生户籍以县为单位，择优录取，录取分数原则上不低于我省本科二批录取分数。按考生志愿投档录取后，如定向县生源不足，将进行补报志愿，全省具有本科层次免费医学生报考资格的考生可以补报。补报志愿录取时，优先录取定向县户籍考生；如定向县生源仍不足，将从定向县所在市（州）生源中录取；定向县所在市（州）生源不足的，将从全省所有补报考生中从高分到低分择优录取。

（四）贵州医科大学、遵义医科大学、贵州中医药大学根据拟录取考生分县名单，通知并督促拟被本校录取的本科层次免费医学生务必在规定的时间内（接到录取院校通知后第二天工作时间）与定向县（市、区、特区）卫生健康局、人力资源和社会保障局签订就业协议书（见附件 2）。若因考生所留的联系方式无法联系或未在规定时间内签订就业协议书，视为考生自愿放弃录取资格。

(五)各县(市、区、特区)卫生健康局、人力资源社会保障局根据省卫生健康委、省中医药管理局提供的拟录取考生分县名单,在本科层次免费医学生招生录取期间安排专人与前来签订协议书的学生签订就业协议。协议书一式五份,县级卫生健康局一份,县级人力资源社会保障局一份,学生本人一份,其余两份由学生在规定的时间内邮寄或带到拟录取的医学院校。

(六)贵州医科大学、遵义医科大学和贵州中医药大学在收到本校拟录取考生的就业协议书后,电话通知考生已录取,发放录取通知书并按照考生电子档案中邮件地址邮寄给考生。

四、工作要求

(一)各级卫生健康、教育、人力资源社会保障部门要充分认识做好本科层次免费医学生招生录取工作是贯彻落实省委、省政府举全省之力发展卫生健康事业的重大举措。农村订单定向医学生免费培养项目是为基层医疗卫生机构不断培养输送合格全科医生的主要渠道,将有效提升我省基层医疗卫生机构的服务能力和水平,对我省建立分级诊疗制度、推进家庭医生签约服务、保障人民群众健康,决胜脱贫攻坚有着至关重要的作用。各级卫生健康、教育、人力资源社会保障部门要加强对2019年本科层次免费医学生招生录取工作的组织领导,高度重视、积极协调、专人负责,切实把该项工作作为本地区医改任务的一项重要内容来完成。

(二)各级教育部门要加强工作部署,做好宣传等前期工作,积极动员本县(市、区、特区)农村考生填报本科层次免费医学生

培养项目。承担本科层次免费医学生培养项目的各医学院校要加大对本科层次免费医学生招生工作的宣传力度,安排专人负责此项工作,精心组织、认真安排、落实任务,确保2019年我省本科层次免费医学生招生计划顺利完成。

(三)各级卫生健康行政部门要加强就业协议签订的督促和保障工作。各县(市、区、特区)卫生健康局每日向市(州)卫生健康局上报签订就业协议情况,各市(州)卫生健康局核对后,每日将本地签订就业协议情况汇总表(附件3)用电子邮件报省卫生健康委科教处(临床医学类)和省中医药管理局科教处(中医学类)。各市(州)卫生健康局就业协议签订完后应及时将本科层次免费医学生签订就业协议情况汇总表(传真或电子邮件)报省卫生健康委科教处和省中医药管理局科教处。仁怀市、威宁县直接报省卫生健康委科教处和省中医药管理局科教处。

联系人:省卫生健康委科教处 赵鑫 杨惠

联系电话:0851-86811559(传真)

电子邮箱:1552140001@qq.com

联系人:省中医药管理局科教处 黄融 丁群

联系电话:0851-86815561

电子邮箱:3361296816@qq.com

联系人:省人力资源和社会保障厅事业处 唐珊

联系电话:0851-85837282

联系人:贵州医科大学招生就业处 张红霞 李季

联系电话:0851-86908448 邮编:550009

电子邮箱:2671777434@qq.com

地 址:贵阳市北京路9号贵州医科大学招生就业处

联 系 人:遵义医科大学招生就业处 易兰 王超

联系电话:0851-28609366 邮编:563000

地 址:遵义市新蒲新区学府西路6号遵义医科大学招生
就业处

联 系 人:贵州中医药大学学生处 田丹 张熠炜

联系电话:0851-88308474 85652665 邮编:550002

地 址:贵阳市市东路50号贵州中医药大学学生处

附件:1. 各县(市、区、特区)2019年本科层次农村订单定向
医学生免费培养分配计划表

2. 贵州省2019年本科层次农村订单定向免费医学生
就业协议书

3. 贵州省2019年本科层次农村订单定向医学生免费
培养就业协议签订情况汇总表





附件 1

**各县(市、区、特区)2019年本科层次农村订单
定向医学生免费培养分配计划表**

市(州)	县(区)名称	临床医学招生计划(人)			中医学 招生计划(人)	合计 (人)	备注
		小计	贵州医科大学	遵义医科大学	贵州中医药大学		
贵阳市	乌当区	3	2	1	1	4	
	息烽县	1	0	1	0	1	
	修文县	4	2	2	3	7	
	开阳县	3	1	2	1	4	
遵义市	红花岗区	2	1	1	5	7	
	汇川区	12	6	6	0	12	
	绥阳县	6	3	3	0	6	
	桐梓县	5	3	2	0	5	
	正安县	3	1	2	0	3	
	道真县	2	1	1	5	7	
	务川县	9	5	4	2	11	
	凤冈县	1	0	1	0	1	
	湄潭县	12	6	6	5	17	
	习水县	7	4	3	5	12	
	赤水市	3	1	2	0	3	
	仁怀市	1	1	0	0	1	
安顺市	平坝区	1	0	1	0	1	
	镇宁县	6	3	3	8	14	
	紫云县	1	1	0	0	1	
毕节市	七星关区	3	2	1	20	23	
	金沙县	1	0	1	0	1	
	大方县	4	2	2	2	6	
	黔西县	1	1	0	4	5	
	织金县	4	2	2	0	4	
	纳雍县	6	3	3	0	6	

市(州)	县(区)名称	临床医学招生计划(人)			中医学 招生计划(人)	合计 (人)	备注
		小计	贵州医 科大学	遵义医 科大学	贵州中 医药大学		
毕节市	赫章县	4	2	2	5	9	
	威宁县	4	2	2	2	6	
	金海湖新区	0	0	0	2	2	
六盘水市	水城县	0	0	0	2	2	
铜仁市	碧江区	1	0	1	0	1	
	德江县	2	1	1	0	2	
	松桃县	3	2	1	0	3	
黔西南州	兴义市	2	1	1	2	4	
	义龙新区	3	1	2	3	6	
	兴仁县	7	4	3	3	10	
	普安县	4	2	2	5	9	
	望谟县	7	3	4	0	7	
	安龙县	5	3	2	1	6	
黔东南州	黄平县	13	6	7	4	17	
	镇远县	1	1	0	1	2	
	天柱县	3	1	2	0	3	
	剑河县	2	1	1	0	2	
	黎平县	4	2	2	4	8	
	施秉县	0	0	0	2	2	
	榕江县	7	4	3	0	7	
黔南州	福泉市	2	1	1	2	4	
	荔波县	1	0	1	1	2	
	瓮安县	3	2	1	0	3	
	独山县	7	3	4	0	7	
	罗甸县	7	4	3	0	7	
	长顺县	7	3	4	0	7	
合计		200	100	100	100	300	

备注:1.临床医学只招录理科生。义龙新区临床医学招生3人,其中贵州医科大学招安龙县生源1人,遵义医科大学招兴义市生源2人。

2.中医学只招录文科生。义龙新区中医学招录3人,贵州中医药大学招兴义市生源3人;金海湖新区招录2人,贵州中医药大学招七星关区生源2人。

附件2

贵州省2019年本科层次农村订单定向免费医学生 就业协议书

甲方：_____（县级卫生健康局）
地址：_____ 联系电话：_____
法定代表人：_____ 职务：_____

甲方：_____（县级人力资源社会保障局）
地址：_____ 联系电话：_____
法定代表人：_____ 职务：_____

乙方：_____（学生姓名）
身份证号码：_____ 联系电话：_____
法定代理人：_____（乙方签约时未满18周岁填写）
身份证号码：_____ 联系电话：_____
家庭住址：_____

为加强我省农村卫生人才培养,根据《省人民政府办公厅关于印发贵州省改革完善全科医生培养与使用激励机制实施方案的通知》(黔府办发[2018]21号)、《贵州省农村订单定向医学生免

费培养工作实施方案》(黔发改社会[2010]2584号)、《省教育厅等6部门关于进一步做好我省农村订单定向医学生免费培养工作的意见》(黔教高发[2015]172号)等文件精神,甲乙双方在自愿的基础上协商一致,就农村订单定向医学生免费培养定向就业事宜达成以下协议,并共同遵照执行。

一、总则

第一条 本协议中“农村订单定向医学生免费培养”是指为重点充实我省乡镇卫生院从事全科医疗的卫生人才,依据农村卫生队伍建设发展需求而实施的医学生免费定向培养,要求自愿并获准接受免费培养的学生须按本协议约定完成学业,取得毕业资格(有毕业证书,下同),并按本协议约定定向就业。

第二条 乙方清楚知悉农村订单定向医学生免费培养的内容,自愿参加“农村订单定向医学生免费培养”项目,并承诺:

(一)完成_____ (贵州医科大学、遵义医科大学或贵州中医药大学)_____ (临床医学或中医学)专业本科(五年制)高等医学教育并取得毕业资格。

(二)一经取得毕业资格即服从甲方安排,到甲方指定的乡镇卫生院(以下简称“定向服务单位”)定向就业且在定向服务单位连续工作6年(含6年)以上(以下简称服务期),其中前3年应按照规定参加本省全科专业住院医师规范化培训。

二、甲方的权利和义务

第三条 负责在乙方按本协议约定完成学业取得毕业证书

后为乙方提供聘用岗位,安排乙方到定向服务单位就业。

第四条 负责督促定向服务单位与乙方及时签订岗位聘用合同,纳入编制管理,并协调有关部门,为乙方到定向服务单位工作提供必要的工作生活条件。

第五条 甲方应当按照国家的统一要求,积极支持乙方参加全科专业住院医师规范化培训,并保障培训期间的工资福利和社会保障待遇。

第六条 有权对乙方的履约情况进行管理,对乙方在校期间、规范化培训期间的学习情况进行监督,并有权督促乙方于培训后及时到定向服务单位工作。

第七条 有权建立乙方的诚信档案,公布乙方不诚信记录,并将乙方诚信情况逐级上报至省级卫生健康、人力资源社会保障等部门。

三、乙方的权利和义务

第八条 在校学习期间,享受免除学费、免缴住宿费,享受补助生活费。

第九条 乙方在学校发放就业报到证15日内,按时到甲方(县级卫生健康部门、人力资源社会保障部门)报到,办理就业相关手续。

第十条 乙方到定向服务单位工作后,须认真履行岗位职责,遵守单位的规章制度,服从单位的领导与管理。

第十一条 在服务期内,依法享受法律政策规定与定向服务

单位编制内职工同等的节假日及公休假、工资福利待遇,医疗、养老等社会保障。

第十二条 乙方应当按照省级卫生健康行政部门规定,报名参加全科专业住院医师规范化培训。取得《住院医师规范化培训合格证书》者,3年培训时间可计入6年服务期内。在规定时间内未按照要求完成培训或者考核不合格者,经定向服务单位同意,培训时间可顺延,顺延时间一般不超过3年。顺延期间费用由个人承担,顺延培训时间不计入服务期。

第十三条 乙方在服务期内,应当取得中华人民共和国《医师资格证书》。

第十四条 乙方在服务期内不得变更执业地点,不得改变服务单位(住院医师规范化培训期间执行培训相应规定)。特殊情况下经甲方同意,可在省内贫困乡镇卫生院之间合理流动。

四、违约责任

第十五条 乙方在校期间考核结果达不到学校授予毕业证书条件或因可归咎于乙方的其他原因(本协议另有明确约定除外),致使乙方无法按时取得(按时取得是指在本协议约定的学制期限内,本科自录取之日起5年)毕业资格的,甲方有权选择:

(一)解除本协议,要求乙方按规定退还已享受的减免培养费用。

(二)在学校允许延期毕业的情况下,可以要求乙方尽快取得毕业资格并于学校发放就业报到证15日内到甲方报到。

如甲方选择上述第(二)种方式,乙方承诺超过学制年限的费用由乙方自行承担。且如乙方未能在允许的延长期限内取得毕业资格,或者出现其他甲方认为不适宜到定向服务单位服务的情形,甲方仍有权选择按本条第(一)种方式处理。

第十六条 未经甲方同意,乙方自行放弃学籍的,甲方有权解除本协议,并要求乙方退还已享受的减免培养费用,并支付相当于前述培养费用50%的违约金。

第十七条 毕业后未按本协议规定时间报到或未按甲方要求时间到定向服务单位工作,经甲方书面通知送达乙方1个月后乙方仍未报到的,乙方须应甲方要求立即退还已享受的减免培养费用并支付甲方相当于前述培养费用50%的违约金。

第十八条 乙方无法定或约定的正当理由,3年住院医师规范化培训结束后未按协议规定到定向服务单位工作的,乙方应立即退还5年本科教育阶段和3年住院医师规范化培训期间已享受的培养费、生活补助和工资福利等费用,并支付甲方相当于前述培养费用50%的违约金。

第十九条 如乙方未履行完成约定服务期限(包括乙方单方面与定向服务单位解除聘用协议,或因违反定向服务单位规定,或违反国家法律规定被定向服务单位依法解聘等情形),从离开岗位之日起,乙方应当按每少服务1年向甲方支付1/6乙方所享受的减免培养费用的比例向甲方一次性退还培养费用(不满1年的按1年计算),并支付甲方相当于前述培养费用50%的违约金。

第二十条 未经甲方同意,乙方服务期内变更执业地点或改变服务单位的,甲方有权要求乙方从离开定向服务单位岗位之日起,按每少服务1年向甲方支付1/6乙方所享受的减免培养费用的比例向甲方一次性退还培养费用(不满1年的按1年计算),并支付甲方相当于前述培养费用50%的违约金。

第二十一条 乙方无法定或约定的正当理由,未按照本协议约定按时到甲方报到或未履行完成约定服务期限,除应按本协议约定承担退还培养费用及/或其他违约责任外,该不诚信行为将被记入诚信档案。省级卫生健康行政部门根据诚信档案记录,对违约乙方参加国家执业医师资格考试报名时不予受理;对已取得中华人民共和国《医师执业证书》者,不予受理执业注册地点变更申请。

第二十二条 甲方未履行为乙方提供就业岗位的责任,在乙方到甲方报到1个月后,甲方无正当理由仍未能提供就业岗位的,乙方有权自行另谋其他就业职位,而无需就其另谋职位的行为向甲方承担违约责任。

五、协议终止与解除

第二十三条 未经甲方同意,乙方不得单方面解除本协议,否则乙方应当向甲方退还已享受的减免培养费用并支付甲方相当于前述培养费用50%的违约金,并承担不良诚信记录惩罚。

第二十四条 有下列情形之一的,如乙方提出终止本协议申请,甲方应予同意:

(一)在校期间,经校方指定的三级甲等医院专家集体诊断,并出具书面诊断书,确因身体原因不能完成学业。

(二)在服务期内,经省级卫生健康行政部门指定的三级甲等医院专家集体诊断,并出具书面诊断书,确因身体原因不宜从事医疗卫生职业。

六、不可抗力

第二十五条 “不可抗力”是指双方在签订本协议时不能预见,对其发生和后果不能避免并且不能克服的事件,该事件包括但不限于法律规定或政策变化、自然灾害、战争等。

由于上述不可抗力事件致使协议的部分或全部不能履行或延迟履行的,双方无需向对方承担违约责任。

七、附则

第二十六条 本协议约定与法律、法规及“农村订单定向医学生免费培养”相关政策规定或精神不一致的,按照法律法规及相关政策规定执行,其他未尽事宜由双方协商解决。

本协议部分条款因违反相关法律法规无效的,不影响协议其他条款的法律效力。

第二十七条 因本协议引发的一切争议,双方友好协商解决。

第二十八条 本协议一式五份,甲、乙双方各执一份,一份送交承担乙方培养任务的高等学校,一份存入乙方个人档案,具有同等法律效力。

第二十九条 其他未尽事宜,由甲、乙双方协商补充,其条款与本协议具有同等的法律效力。

第三十条 本协议经甲乙双方签署后生效。

附件:1. 经签署的乙方身份证复印件

2. 经签署的乙方法定代理人身份证复印件(乙方签约时未满18周岁时提供)

(此页无正文,为签署页)

甲方(县级卫生健康部门盖章):_____

法定代表人签章:_____

签订日期:____年____月____日

甲方(县级人力资源社会保障部门盖章):_____

法定代表人签章:_____

签订日期:____年____月____日

乙方(签字):_____

签订日期:____年____月____日

乙方法定代理人:(签字)_____

(乙方签约时未满18周岁时签署)

签订日期:____年____月____日

附件3

贵州省2019年本科层次农村订单定向医学生免费培养
就业协议签订情况汇总表

____市(州)卫生健康局

序号	学生姓名	准考证号	身份证号	户口所在县	定向所在县	录取院校	是否签订协议	
							卫生健康部门	人社部门
1								
2								
3								
4								
5								

填表人： 单位负责人： 年 月 日

市(州)卫生健康局(盖章)

注：中西医分别汇总。

(共印 300 份)