

国家卫生健康委医院管理研究所

关于开展心血管核医学诊断技术能力提升项目 2024 年度学员招生工作的通知

各有关单位及学员：

为进一步提升医疗机构心血管核医学诊断技术水平，我单位开展了心血管核医学诊断技术能力提升项目（以下简称“项目”）。根据项目培训工作安排，计划进行 2024 年学员招生工作，现将具体事项通知如下：

一、培训内容

心血管核医学诊断技术理论及实践培训。

二、培训形式

（一）理论培训：医院研究所集中组织学员在项目管理平台进行理论培训并考核，成绩纳入总体考核中。

（二）实践培训：学员进入项目培训基地进行线下全脱产式培训，并将学习记录上传至项目管理平台。

三、培训时间及地点

（一）培训时间。

2024 年 9 月 1 日至 11 月 30 日，共 3 个月。

（二）培训地点。

1. 理论培训：项目管理平台，扫描下方二维码进行学习。



2. 实践培训：各项目培训基地（详见附件 1）。

四、学员资质要求

（一）取得《医师资格证书》（临床）和《医师执业证书》，且《医师执业证书》执业范围为医学影像和放射治疗专业，从事核医学诊断相关工作。

（二）经所属执业机构推荐。

（三）勤奋好学，有较强的上进心和进取心。

五、报名方式

报名学员须在 2024 年 8 月 9 日 17:00 前将本医疗机构盖章后的《学员报名表》PDF 版本（详见附件 2）发送至邮箱：xxghyxxm@163.com，逾期不接受报名。

六、招生及培训流程

（一）培训学员确定。

本年度项目培训基地共计划收取 30-50 名学员。项目专家委员会将本着公平公正原则对报名学员进行资格审核，择优录取。医院研究所将在 2024 年 8 月 16 日前短信通知录取学员，学员亦可在项目管理平台查询录取名单。

（二）培训基地确定。

每名学员最多可报名 3 个培训基地，因每家培训基地人数限制，医院研究所将结合学员志愿及基地具体情况就近分配。

（三）培训开展。

待录取学员等确定后，各项目培训基地将自行联系培训学员通知报到时间及地点等信息。培训基地须根据项目实践培训大纲确定带教老师并制定具体培训内容，培训工作开始时间原则上不得晚于 2024 年 9 月 1 日。

（四）学员考核。

所有录取学员，在培训结束后须进行理论及实践考核，考

核内容及形式另行通知。考核合格的学员，医院研究所将颁发项目培训结业证书。

七、其他事项

（一）本培训为脱产培训，培训期间录取学员原则上不得承担原单位的工作、会议、授课、出国访问等任务。

（二）本年度项目部培训不收取培训费，培训期间学员交通、食宿费用自理。

（三）若项目基地单位须统一进行培训管理，则需各项目培训基地自行通知培训学员相关要求。

八、联系方式

联系人：医疗质量监测与控制研究室 刘老师

联系电话：010-81138551

电子邮箱：xxghyxxm@163.com

附件：1. 项目培训基地名单
2. 学员报名表

心血管核医学诊断技术能力提升项目组

（代章）

2024年7月17日



附件 1

项目培训基地名单
(排名不分先后)

地区	项目培训基地单位
北京	首都医科大学附属北京安贞医院
	首都医科大学附属北京朝阳医院
	中国人民解放军总医院第一医学中心
天津	泰达国际心血管病医院
山西	山西医科大学第一医院
内蒙古	内蒙古医科大学附属医院
上海	复旦大学附属中山医院
	上海市第十人民医院
	上海市东方医院（同济大学附属东方医院）
江苏	苏州大学附属第三医院（常州市第一人民医院）
浙江	浙江大学医学院附属第一医院
江西	江西省人民医院
河南	阜外华中心血管病医院
	郑州大学第一附属医院
湖北	华中科技大学同济医学院附属协和医院
湖南	中南大学湘雅医院
广东	中山大学附属第一医院
重庆	陆军军医大学第一附属医院
四川	四川大学华西医院
陕西	空军军医大学第一附属医院（西京医院）
甘肃	兰州大学第一医院

注：每个培训基地可招收学员数不超过 5 人，各培训基地录取名额以最终确定数为准。

附件 2

学员报名表

个人基本信息						
姓名		性别		出生日期		照片
单位		科室		联系电话		
电子邮件		职称		身份证号码		
核医学科诊疗 工作经验年限		累计参与完成 核素心肌灌注显像 检查例数				
医院基本情况						
医疗机构名称		医院级别		核素诊断相关 设备条件		
所在医院是否 满足开展运动 负荷/药物负 荷核素检查的 条件基础		所在医院静 息核素心肌 灌注显像月 检查量		所在医院负 荷核素心肌 灌注显像月 检查量(运 动负荷/药 物负荷		
教育经历（时间由近及远，请填写本科及以上教育经历）						
时间（年/月）	学校		专业		所获学位 （请注明学科）	
工作经历（时间由近及远）						
时间	单位		科室		职位	
培训志愿选择						
注：每名学员最多可报 3 个志愿，若所报志愿均已满额，可接受调剂的学员，由工作人员将其调剂至未满额培训单位。						
志愿	培训基地单位					
第一志愿						
第二志愿						
第三志愿						
是否接受调剂	☐ 是 ☐ 否					
本人同意按培训基地管理要求，配合完成各项培训及考核规定，所在医院同意派遣。						
本人签字：			科主任签字：			
			单位盖章：			
			日期： 年 月 日			