**关于2020届医学类学生个人联系毕业实习单位的通知**

医学院、各位同学：  
   根据人才培养方案，15级（2020届）医学类毕业实习将于2019年6月10日至2020年6月10日进行，学生根据个人情况，可以自行联系实习单位，现将相关事项通知如下：

1、申请医院必须符合以下相关条件

**必须是其它中医药大学或中医学院的附属医院、教学医院。**

**南京中医药大学及南京中医药大学翰林学院的附属医院、中西医结合临床医学院、教学医院、实习医院及各种西医院等均不在申请范围之内。**  
2、申请程序及准备材料：本人书面申请、父母签字同意、班主任签字同意、学院签字同意后（附件一），在规定的时间（4月30日17:30前）由学院学工办统一制表并连同学生申请材料报教务处审批。经学院同意，自行联系方生效。逾期不再办理。

3、因条件不符，未获批准的，不得再行联系。学院将统一安排实习。

4、医学院负责好对学生安全指导及必要的学生和家长的安全责任承诺。

5、自主联系实习费用由学生先行垫付，实习结束后凭医院提供的发票报销，学院实习费用标准为720元/生，超出学院支付标准的费用由学生本人自行承担。  
6、由教务处负责解释。

**附**：**（以下医院均不在申请范围之内）**

**南京中医药大学附属医院**

|  |  |
| --- | --- |
| 江苏省中医院 | 江苏省第二中医院 |
| 南京市中医院 | 常州市中医院 |
| 无锡市中医院 | 徐州市中医院 |
| 苏州市中医院 | 昆山市中医院 |
| 盐城市中医院 | 江苏省中西医结合医院 |
| 南通市中医院 | 中国人民解放军第八一医院 |
| 常熟市中医院 | 扬州市中医院 |
| 江阴市中医院 | 张家港市中医院 |
| 姜堰市中医院 | 连云港市中医院 |
| 镇江市中医院 | 常州武进中医院 |
| 太仓市中医院 | 南京市中西医结合医院 |
| 淮安市中医院 | 宿迁市中医院 |
| 徐州市中心医院 | 南京军区总医院 |
| 如皋市中医院 | 沭阳县中医院 |
| 苏州市中西医结合医院 | 南京二院 |
| 河北以岭医院 | 南京博大肾科医院 |
| 南京市溧水区中医院 |  |

**南京中医药大学中西医结合临床医学院**

|  |  |
| --- | --- |
| 南京鼓楼医院 | 无锡第三人民医院 |
| 南通第三人民医院 | 连云港市第一人民医院 |

**南京中医药大学教学医院**

|  |  |
| --- | --- |
| 宜兴市中医院 | 仪征市中医院 |
| 建湖县中医院 | 溧阳市中医院 |
| 兴化市中医院 | 南京市江宁区中医院 |
| 上海宝山中心医院 | 丹阳市中医院 |
| 启东市中医院 | 东台市中医院 |
| 吴江市中医院 | 海安市中医院 |
| 金坛区中医院 | 高邮市中医医院 |
| 南京浦口区中医院 | 大丰市中医院 |
| 邳州市中医院 | 沛县中医院 |
| 南通市通州区中医院 | 张家港广和中西医结合医院 |
| 新沂市中医院 | 泗阳县中医院 |
| 涟水县中医院 | 如东县中医院 |
| 北京康益德中西医结合医院 | 东海县中医院 |
| 淮安市楚州区中医院 | 连云港市赣榆区中医院 |
| 海门市中医院 | 扬中市中医院 |
| 无锡市第二中医院 | 仪征市人民医院 |

**南京中医药大学翰林学院附属医院**

|  |  |
| --- | --- |
| 泰州市中医院 | 盱眙县中医院 |
| 海安县中医院 | 靖江市中医院 |

**南京中医药大学翰林学院中西医结合临床医学院**

|  |  |
| --- | --- |
| 兴化市人民医院 | 江苏盛泽医院 |

**南京中医药大学翰林学院教学医院**

|  |  |
| --- | --- |
| 泰州市第四人民医院 | 泰州市中西医结合医院 |

（实习医院不能承担毕业实习，故未列出）

南京中医院大学翰林学院教务处

2019年3月22日

**附件一： 南京中医药大学翰林学院学生自主联系实习单位申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请学生基本情况**（由学生填写） | | | | | | | |
| 姓名： | | 性别： | 班级： | | | 学号： | |
| 家庭住址： | | | | 联系方式： | | | |
| 实习时间：自\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_月 | | | | | | | |
| 实习期间拟住宿地址： | | | | | | | |
| 申请理由：  学生签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| **拟落实单位的基本情况**（由单位填写） | | | | | | | |
| 拟落实单位名称： | | | | 拟落实单位等级： | | | |
| 实习主管部门名称： | | | | 联系方式： | | | |
| 哪所高校的附属医院、教学医院： | | | |  | | | |
| 是否具备完成相应实习内容的条件 | | | | | | 是 | 否 |
| 能否按照学院的教学要求和考核标准培养学生 | | | | | | 能 | 否 |
| 家 长  意 见 | 联系电话： 家长签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 拟落实实习  单位意见 | 如同意该生到贵院实习，请相关部门负责人签字盖章！  医院相关负责人签字：  医院盖章：  年 月 日  （注：个人落实的名额不得占用学院统一安排的名额） | | | | | | |
| 班主任  意 见 | 签字：  年 月 日 | | 医学院  意 见 | | 签字：  学院盖章：  年 月 日 | | |
| 教务处  审 核 |  | | | | | | |

申请表请正反页打印！