**关于2014级临床医学专业八年制学生**

**进入二级学科相关工作的通知**

教育处（2019）教字6号

各临床学院、教学医院教育处：

根据教学计划的安排，2014级临床医学专业八年制学生将于2019年5月10日结束生产实习。为保证学生顺利进入二级学科，现启动相关工作，具体事宜通知如下：

一、二级学科名额要求

1. 各学院、临床医学院、教学医院（统称“学院”）应参考各临床二级学科发展的需要，同时充分考虑自身导师资源、教学条件以及住院医师规范化培训基地状况，制定二级学科名额。

2. 为鼓励学院间的交流和教学的良性发展，提倡在不同学院间交叉选择二级学科。其中第一、二、三临床医学院的内、外、妇三个二级学科必须实施部分交叉选择，上述二级学科原则上须留出该学科名额总数的20%，以接收其他临床学院的学生。

3. 各学院将二级学科名额上报医学部教育处，由医学部教育处统一公布。

二、学生选科及面试方式

1. 学生在完成本科各阶段培养计划，达到培养要求，并通过二级学科资格考试后，根据各学院需求，选择相应的二级学科报名。

2. 学生可在北京大学医学部范围内选择、申报二级学科。为有利于学生毕业后轮转年限的认定，建议学生首选申报北京市住院医师规范化培训基地。

3. 鼓励各学院组织二级学科推介及宣讲。

4. 各学院汇总学生选科名单，组织二级学科水平的面试。

5. 每名学生最多有三次填报志愿及面试机会。各学院在前一批次面试后，根据情况适时组织后一批次面试。各临床学院在面试全部结束后将接收学生名单汇总表上报至医学部教育处。

6. 通过面试后，学生进入二级学科学习,适时双向选择进入三级学科。

三、选科及面试时间

1. 二级学科选科报名时间为二级学科资格考试后，需在一周之内完成。

2. 各学院教学办公室/教育处组织各单位二级学科水平的面试，需在规定时间内完成。

四、导师资格及相关事宜

1. 导师资格

八年制临床医学专业学生的导师资格执行北京大学医学部制定的《北京大学医学部研究生指导教师上岗条件》。

2. 导师指导方式：

（1）三级学科为博士点时，博士生导师可直接指导学生，还可同时以导师指导小组的形式与硕士生导师共同指导学生；硕士生导师以副导师的身份，协助博士生导师指导学生。

（2）三级学科为非博士点时，需由本院该学科所属二级学科博士生导师与三级学科硕士生导师以导师指导小组的形式共同指导学生；该三级学科硕士生导师以副导师的身份，协助博士生导师指导学生。

3. 导师指导学生的数目

每位博士研究生导师每年直接指导学生一般不超过2名，同时可以导师指导小组形式指导学生不超过5名；每位硕士研究生导师协助指导学生一般不超过1名，确有实力者，经医学部批准可增至2名。

4. 导师确定

八年制临床医学专业学生的培养立足于二级学科，专业方向以二级学科为目标。选择二级学科后，可由二级学科或三级学科根据学科的发展，适时以双向选择的方式确定导师。

五、工作进度安排

1. **2019年4月19日前，**请各学院将《二级学科名额申报表》（附件1）（盖章纸质版及电子版）交至医学部教育处。

2. **2019年5月21日前，**各临床学院二级学科组织推介会及学生填报二级学科申请（申请表见附件2）。在此期间医学部教育处可以转发推介会信息。另外，请建议学生申报二级学科时，首选申报北京市住院医师规范化培训基地，利于毕业后轮转年限的认定。

3. **2019年5月22日前，**请第一、二、三、四、五临床医学院教育处将学生二级学科申请表汇总后，将《二级学科申报汇总表》（附件3）电子版报至医学部教育处。

4. **2019年5月27日—6月14日，**为各学院二级学科面试时间（面试表见附件4）。各临床学院在**6月10日之前**完成第一轮面试，**6月14日**完成全部面试，并将面试结果《接收学生名单汇总表》（附件5）（盖章纸质版及电子版）上报至医学部教育处。

六、其他相关事宜

未通过二级学科资格考试或二级学科面试的学生，依据《北京大学医学部本科生学籍管理办法》长学制出口的有关规定，转入同专业短学制学习。

请各临床学院按照工作进度的时间节点，安排好2014级临床医学专业八年制学生进入二级学科前的相关工作，如有疑问，请联系医学部教育处袁老师，电话：82801790；电子版材料均发送至：yuanlijia@bjmu.edu.cn；通讯地址：北京市海淀区学院路38号行政一号楼201室。

医学部教育处

2019年3月1日

附件1

**北京大学医学部**

**学院（部）二级学科名额申报表**

学院：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 二级学科名称 | 二级学科名额 | 是否为北京市  住院医师规范化培训基地 |
| 1 | 内科学 |  |  |
| 2 | 外科学 |  |  |
| 3 | 妇产科学 |  |  |
| 4 | 儿科学 |  |  |
| 5 | 神经病学 |  |  |
| 6 | 精神病与精神卫生学 |  |  |
| 7 | 皮肤病与性病学 |  |  |
| 8 | 影像医学与核医学 |  |  |
| 9 | 眼科学 |  |  |
| 10 | 耳鼻咽喉科学 |  |  |
| 11 | 肿瘤学 |  |  |
| 12 | 康复医学与理疗学 |  |  |
| 13 | 运动医学 |  |  |
| 14 | 麻醉学 |  |  |
| 15 | 急诊医学 |  |  |
| 16 | 全科医学 |  |  |
| 17 | 重症医学 |  |  |
| 18 | 临床病理学 |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

填报时间： 年 月 日

附件2

**北京大学医学部**

**临床医学专业二级学科申请表**

申报志愿批次：第 批次

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 学号 |  | 联系电话 |  |
| 性别 |  | 班级 |  | 所在医院 |  |
| 申报  志愿 | 申报医院：  二级学科：  签字：  年 月 日 | | | | |
| 所在医院教育处意见 | 签章：  年 月 日 | | | | |
| 申报医院教育处意见 | 签章：  年 月 日  （仅申报外院时填写本栏） | | | | |

注：如申报外院二级学科，需一式两份，留所在学院、申报学院各一份。

附件3

**\_\_\_\_\_\_\_\_医院 级临床医学专业学生二级学科申报汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **学 号** | **姓 名** | **性别** | **班级** | **所在医院** | **联系方式** | **申报医院** | **二级学科** | **备 注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报时间： 年 月 日

附件4

**北京大学医学部**

**临床医学专业二级学科面试表**

学生姓名： 班级： 学号： 目前所在医院：

申报的二级学科（医院、学科）：

面试单位：

面试小组成员（姓名及职称）：

面试时间：

面试情况：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项 目** | | **分 值** | **得 分** |
| 基 本  素 质 | 职业素养 | 10 |  |
| 团队合作 | 10 |  |
| 语言表达 | 10 |  |
| 自我完善 | 10 |  |
| 专业外语（朗读、翻译） | | 30 |  |
| 临床思维 | | 30 |  |
| 合 计 | | 100 |  |

面试小组从基本素质、英语、临床思维方面进行面试，面试内容及成绩如下：二级学科面试意见：

1. 同意接收 B. 不同意接收

面试考核小组组长签字：

（单位盖章）

年 月 日

附件5

**\_\_\_\_\_\_\_\_医院接收 级临床医学专业二级学科学生名单汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **学 号** | **姓 名** | **性别** | **班级** | **所在医院** | **联系方式** | **接收医院** | **二级学科** | **备 注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报时间： 年 月 日