

Số: 57/TB-BVKA

Hải Phòng, ngày 02 tháng 6 năm 2025

THÔNG BÁO

Về việc tuyển sinh khóa đào tạo “Hồi sức cấp cứu cơ bản”

Kính gửi: Các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hải Phòng

Căn cứ Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ về việc Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2019 của Bộ Y tế về việc Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1904/QĐ- BYT ngày 30/5/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc”;

Căn cứ Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hồi sức tích cực”;

Căn cứ Quyết định số 47/QĐ-K2ĐT ngày 22/5/2015 của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo Bộ Y tế về việc cấp mã cơ sở đào tạo liên tục cho ba Bệnh viện thuộc Sở Y tế thành phố Hải Phòng, trong đó có Bệnh viện Kiến An.

Bệnh viện Kiến An thông báo tuyển sinh khóa đào tạo “**Hồi sức cấp cứu cơ bản**” cụ thể như sau:

1. Mục tiêu đào tạo:

Sau khóa đào tạo học viên đạt được những mục tiêu sau:

Trình bày được các kiến thức để điều trị các nhóm bệnh lý cơ bản liên quan đến Hồi sức cấp cứu.

Thực hiện thành thạo 5 kỹ thuật cấp cứu thường dùng trong hồi sức cấp cứu.

Rèn luyện tính cẩn thận, tinh thần trách nhiệm, tác phong tích cực đảm bảo an toàn trong quá trình thực hiện các kỹ thuật cho người bệnh.

2. Thông tin khóa đào tạo:

- Tên khóa đào tạo: **Hồi sức cấp cứu cơ bản**

- Đối tượng tuyển sinh: các bác sĩ đa khoa và chuyên khoa Hồi sức cấp cứu đang công tác tại các cơ sở y tế chưa có chứng chỉ đào tạo liên tục “Hồi sức cấp cứu cơ bản”.

- Địa điểm đào tạo: Bệnh viện Kiến An

- Hình thức đào tạo: Học viên tham gia học trực tiếp tại Bệnh viện Kiến An

- Thời gian học: 06 tháng (Bệnh viện Kiến An mở lớp và thông báo thời gian khai giảng lớp cụ thể khi có đủ số lượng học viên tham dự)

- Số lượng học viên: 05 - 15 người/khóa đào tạo

3. Chứng chỉ cuối khóa: Bệnh viện Kiến An cấp chứng chỉ/chứng nhận đào tạo liên tục theo quy định của Bộ Y tế.

4. Học phí: 12.000.000 VNĐ/Học viên/Khóa đào tạo (*Bằng chữ: Mười hai triệu đồng chẵn*). Học viên tự túc ăn, ở và phương tiện đi lại.

5. Hồ sơ đăng ký:

- Đơn xin đăng ký tham gia học (theo mẫu);
- Giấy giới thiệu hoặc Quyết định cử đi học của cơ quan chủ quản (nếu có);
- Sơ yếu lý lịch có xác nhận của con chủ quản hoặc chính quyền địa phương;
- 01 Bản sao công chứng bằng tốt nghiệp chuyên môn;
- 01 Bản sao Căn cước công dân/Căn cước (còn hiệu lực);
- 02 ảnh 3x4.

6. Nơi nhận hồ sơ:

Phòng Tổ chức cán bộ - Chỉ đạo tuyển, Bệnh viện Kiến An (Tầng 2, Khu nhà số 4)

Địa chỉ: 135 Trần Tất Văn, Bắc Hà, Kiến An, Hải Phòng

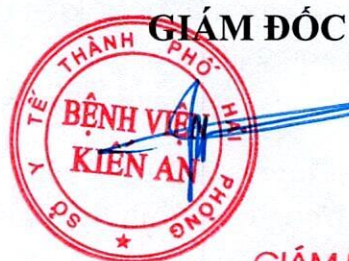
Điện thoại liên hệ: 0792255666 (BSCKI Nguyễn Thị Chín - Trưởng phòng TCCB – CĐT)

Email: tochuccanbochidaotuyen@gmail.com

Chú ý: Học viên tham dự khóa học không được tham gia bất kỳ chương trình đào tạo nào khác trong thời gian tham gia khóa học.

Nơi nhận:

- Các cơ sở y tế trên địa bàn TP Hải Phòng;
- Ban Giám Đốc (để b/c);
- Lưu: VT, TCCB - CĐT.



GIÁM ĐỐC
TS.BS. Nguyễn Bá Phước

MẪU ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA KHÓA ĐÀO TẠO
HỒI SỨC CẤP CỨU CƠ BẢN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA KHÓA ĐÀO TẠO

.....

Kính gửi:.....

Họ và tên:.....

Ngày, tháng, năm sinh:.....

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:.....

Ngày cấp:..... Nơi cấp:.....

Hộ khẩu thường trú:.....

Nơi công tác (nếu có):.....

Địa chỉ liên hệ:.....

Điện thoại: Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn:.....

Xuất phát từ nhu cầu của cá nhân, của đơn vị, tôi xin tự nguyện đăng ký tham gia khóa đào tạo liên tục

Nếu được xét vào học, tôi cam kết thực hiện tốt những điều sau:

- Chấp hành nghiêm chỉnh Quy định của Bệnh viện.
- Đóng học phí đầy đủ ngay từ đầu khóa học.
- Thực hiện đầy đủ nghĩa vụ của người đi học.
- Sau khi lớp học đã khai giảng, nếu tôi tự ý nghỉ học với bất cứ lý do gì hoặc vi phạm kỷ luật mà bị buộc thôi học, tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Tôi xin cam đoan tất cả các thông tin tự kê khai trên và trong hồ sơ là đúng sự thật và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước Pháp luật về tính xác thực của hồ sơ này. Tôi sẵn sàng cung cấp các văn bản hợp pháp để chứng minh khi Bệnh viện yêu cầu.

Hải Phòng, ngày tháng năm

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Ký và ghi rõ họ, tên)