

新疆维吾尔自治区疾病预防控制中心

新疾控函〔2025〕7号

关于开展2025年新疆公共卫生医师 规范化培训工作的通知

各地、州、市疾控局，自治区人民医院，自治区疾控中心，自治区第三人民医院，自治区第六人民医院，新疆医科大学第二附属医院、第五附属医院，乌鲁木齐市疾控中心，克拉玛依市疾控中心，喀什地区疾控中心：

按照《疾病预防控制中心公共卫生医师规范化培训试点工作方案》要求，为加大公共卫生医师规范化培训力度，加强新疆公共卫生人才队伍建设，我局制定了《2025年新疆公共卫生医师规范化培训招生简章》(见附件)，计划招录总人数为50名。

请各地、州、市疾控局和疾病预防控制中心按照招生简章要求，认真做好报名组织工作。请自治区疾病预防控制中心做好招录工作的指导和管理。承担培训任务的各单位要通力协作，认真做好公共卫生医师规范化培训招录工作。

特此通知。

联系人：热纳·吾斯曼

联系电话：13899887317

附件：2024年新疆公共卫生医师规范化培训招生简章

自治区疾病预防控制中心

2025年2月10日



（信息公开形式：主动公开）

抄送：新疆医科大学，新疆生产建设兵团疾控局

附件

2025 年新疆公共卫生医师规范化培训 招生简章

一、培训对象及程序

(一)各级疾控中心、医疗机构、血站等从事公共卫生工作，入职未满 3 年，具有全日制预防医学专业或临床医学专业本科及以上学历，拟从事或已从事公共卫生医师工作的人员。经所在单位及当地疾控局同意推荐参加。

(二)通过全国硕士研究生招生考试的新疆医科大学公共卫生硕士专业学位研究生（简称“四证合一”公共卫生硕士专业学位研究生）。

(三)具有国内全日制预防医学专业或临床医学相关专业本科及以上学历，未与任何医疗卫生机构签订正式劳动合同、毕业生协议书及意向协议的应届或往届毕业生。自愿申请报名，填写报名申请表（附件 2），经所在辖区社区同意推荐参加。

(四)兵团招收工作参照自治区，学员由新疆公共卫生医师规范化培训基地代培。

(五)新疆公共卫生医师规范化培训基地根据报名情况择优遴选，下发录取通知。

二、组织培训

(一)自治区疾控中心作为新疆公共卫生医师规范化培训基地，与自治区人民医院，自治区第三人民医院，自治区第六人民

医院，新疆医科大学第二附属医院、第五附属医院，乌鲁木齐市疾控中心，克拉玛依市疾控中心，喀什地区疾控中心共同承担培训任务。

（二）培训年限为2年。其中，公共理论集中培训时间3个月，公共卫生理论和实践培训时间1年、临床理论和实践培训时间9个月。

三、培训考核

培训考核包括过程考核和结业考核。取得公共卫生执业医师资格证书，并按要求完成全部培训内容的学员可参加结业考核。通过结业考核的学员获得国家统一制式的《疾控机构公共卫生医师规范化培训合格证书》。

四、培训经费

2025年新疆公共卫生医师规范化培训经费由财政部、国家卫生健康委、国家疾控局医疗服务与保障能力提升项目资金予以补助。

五、有关要求

（一）各地、州、市疾控局及时组织各相关单位完成学员报名，各地州疾控局选派符合条件的学员**不少于2人**参加培训（如名额不足，各地可根据当地实际情况提出申请）。

（二）培训学员于2025年2月17日前将报名推荐表或者申请表（附件1、附件2）及学员身份证、毕业证、学位证、学信网学历查询件扫描PDF版和电子版发送至电子邮箱57235714@qq.com。已取得公共卫生执业医师资格的学员，需提

供《医师资格证书》。

（三）各地、州、市委派的学员，培训期间原人事（劳动）、工资关系不变，委派单位、培训基地和培训对象三方签订委托培养协议，委派单位应保障其培训期间的工资待遇（包含岗位工资、薪级工资、绩效工资、国家规定的津贴补贴及相关社会保障等）。面向社会招收的培训人员培训期间按照国家政策标准发放生活补助。

（四）培训学员于2025年3月3日报到（地点：乌鲁木齐市碱泉一街138号 自治区疾控中心），报到时需递交新疆公共卫生医师规范化培训学员推荐表、申请表及身份证、毕业证、学位证、学信网学历查询件原件，已取得公共卫生执业医师资格的学员，需提供《医师资格证书》原件。

附件：1.2025 年新疆公共卫生医师规范化培训学员推荐表

2.2025 年新疆公共卫生医师规范化培训报名表

附件 1

2025 年新疆公共卫生医师规范化培训学员推荐表

地（州、市）卫生健康委（疾控局）（盖章）：

序号	姓名	性别	身份证号码	专业(以毕业证 为准)	毕业院校	联系电话	推荐单位	所在县 (市)
1								
2								
3								

注：“推荐单位”请填写推荐学员原单位。

附件 2

2025 年新疆公共卫生医师规范化培训报名表

姓名		性别		一寸照	
年龄		民族			
籍贯		婚姻状况			
政治面貌		身高			
健康状况		既往病史			
学历		学位		所学专业	
医师资格证		医师执业证			
培训专科志愿	第一志愿：	第二志愿：		第三志愿：	
毕业时间		毕业院校			
身份证号				邮编	
联系方式	手机			其他联系方式	
	电子邮箱				
通讯地址					
学习及工作经历（包括大学及以上学历、临床轮训经历、历届毕业生毕业后经历）					
年月日至年月日		学校或医院名称		专业（任职）	
申请人意见	本人自愿参加公共卫生医师规范化培训，并遵守培训合同。 申请人签字： 年 月 日				
所在辖区社区意见	签名（盖章）： 年 月 日				