关于举办晋江市2020年预防接种人员

资质认证培训班的通知

各相关医疗卫生单位：

为进一步推进我市预防接种工作规范化开展，提高预防接种工作人员业务水平，根据《疫苗流通和预防接种管理条例》和《预防接种工作规范》等要求，经研究，决定举办2020年预防接种人员资质认证培训班。现将有关事项通知如下：

一、培训时间

因疫情防控需要，本次培训分两期进行。

第一期：8月28日（星期五），上午8:10报到，8:30准时培训，会期一天。

第二期：8月31日（星期一），上午8:10报到，8:30准时培训，会期一天。

二、培训地点

市疾控中心前幢七楼会议室。

三、培训对象

各相关医疗卫生单位已取得预防接种资格证且三年有效期满但未经过培训的预防接种人员，以及拟从事预防接种工作（预防接种门诊、犬伤门诊及产科）的新上岗人员**（须具备执业医师、执业助理医师、护士或乡村医生资格）**。

四、培训内容

免疫程序及补种原则、 预防接种操作流程及技术、疫苗和冷链管理、 AEFI处置、特殊人群预防接种、预防接种知情告知、预防接种常规报表报告等预防接种工作相关规范要求。

五、工作要求

1.因人数较多，本次培训分两期，请各相关单位合理安排人员（两期培训内容相同，原则上将参加培训人员平均分配），请市疾控中心做好培训和会务准备工作。

2.拟从事预防接种工作的新上岗人员按照《泉州市基层免疫规划人员培训实施方案（试行）》要求，接受理论知识和实践技能培训。**专业理论知识考核成绩达90分以上，方可继续在预防接种示范教育基地进行不少于2周的实践技能培训（拟从事产科预防接种人员可在所在单位进行不少于2周的实践技能培训），并经考核合格（考核成绩达70分以上）后，发放《预防接种工作人员培训合格证书》。**

3.请预防接种示范教育基地（市医院晋南分院、磁灶中心卫生院、东石中心卫生院）合理安排课程，做好带教准备，保证教学质量。

4.新上岗人员须上交执业医师、执业助理医师或护士资格等相关证书复印件1份及1寸彩色照片（背面注明单位、姓名）1张，复核人员须上交预防接种资格证；各单位指派专人负责收集后统一上交市疾控中心免规科。

5.请各相关医疗卫生单位梳理培训对象，于**8月26日上午下班前**将参加培训人员名单回执发送至市疾控中心免规科[jjcdcmg@163.com](mailto:jjcdcmg@163.com)。

6.请参加培训人员自行打印课件，自带考试用具；好个人防护戴口罩，配合测体温和刷健康码。

附件：预防接种人员资质认证培训班回执单

晋江市卫生健康局

2020年8月24日

（联系人：黄丽萍 联系电话：18905061808）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  晋江市2020年预防接种人员复核人员培训班回执单 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单 位 | | 姓 名 | | 性 别 | | 出生年月 | | 学 历 | | 所学专业 | | 职称/职务 | | 联系电话 | | 从事预防接种岗位 | | | | 合格证书编号 | | |
| 接种门诊 | | 产科 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| 注意：每项均需完整填写。  附件2  晋江市2020年新上岗预防接种人员培训班回执单 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单 位 | | 姓 名 | | 性 别 | | 出生年月 | | 学 历 | | 所学专业 | | 职称/职务 | | 联系电话 | | 拟从事预防接种岗位 | | | | |
| 接种门诊 | | 产科 | | 犬伤门诊 |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 注意：每项均需完整填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |