

浙江省医学科技教育发展中心文件

浙医科教中心培〔2024〕7号

关于开展美国伊利诺伊大学医药卫生管理 方向 MBA 硕士学位项目招生工作的通知

各有关单位：

为提升我省卫生健康事业管理水平，培养医疗卫生领域专业管理人才，我中心联合美国伊利诺伊大学芝加哥分校中国境内代表机构开展 2024 年美国伊利诺伊大学芝加哥分校攻读 MBA 硕士学位（医药卫生管理方向）项目招生工作，现将有关事项通知如下：

一、报名条件

- 热爱祖国，具有学成回国为我国的医疗卫生事业服务的事业心和责任感。
- 具备临床医学、护理、医学检验、医学法学、公共卫生、预防、医药等专业背景以及志愿从事医药卫生行业工作的人员。
- 大学本科学历，有医疗或医药行业相关工作经验（医

学类应届毕业生无须工作经历)。

4. 具备良好的英语基础，听说能力强，可以完成全英文授课、作业及实践课程。

二、报名时间

1. 2024 年 3 月底第一批面试，报名截止日为【2024 年 3 月 10 日】。

2. 2024 年 6 月初第二批面试，报名截止日为【2024 年 5 月 30 日】。

3. 本项目需要赴美就读，开学日期统一为 2024 年 8 月。

三、报名方式

1. 请各单位本着自愿的原则，结合本单位人才培养计划，组织申报，申请人如实填写报名资格预审表（详见附件），加盖派人单位公章于 2024 年 5 月 30 日前以扫描件 Email 形式报我中心。

2. 其他人员报名请根据自身条件和个人职业规划，扫描下方二维码进行报名。



个人报名二维码

四、相关费用

1. 学费：4.2 万美金（美国伊利诺伊大学收取）；

2. 考试报名费：5000 元人民币（北京招生项目办收取）；

注：缴纳报名费后北京招生办会同时下发面试辅导资料，

便于备考，面试不通过报名费退还 3000 元人民币。

3. 生活费：学员自理，约 10 万元人民币。

五、联系方式

林老师 0571-87709138，郑老师 0571-88298702。

邮箱：zjwjwkjzx@163.com

- 附件：1. 美国伊利诺伊大学芝加哥分校医药卫生管理
MBA 项目简介
2. 报名预审表

浙江省医学科技教育发展中心

2024 年 3 月 4 日



附件 1

美国伊利诺伊大学芝加哥分校 医药卫生管理硕士 MBA 项目简介

伊利诺伊大学创立于 1857 年，是美国中西部地区最古老的高等学府之一，由于其杰出的教育贡献，被卡内基基金会评定为“国家博士研究型大学”，伊利诺伊大学芝加哥分校（简称 UIC）是全美国十所最大的州立大学之一，为美国知名公立大学，排名在美国及世界均名列前茅。

2014 年，在国家卫健委人才交流服务中心的官方指导下，UIC 开设了一年制医药卫生管理方向 MBA 硕士项目。过去开办的十一期项目已经输送了超过 400 位来自医疗医药行业的从业者赴美深造。

自 2017 年起，我中心联合美国伊利诺伊大学芝加哥分校中国境内代表机构，在全省范围内联合选拔优秀管理人员赴伊利诺伊大学攻读 MBA 硕士学位（医药卫生管理方向）。至今，共有 30 人经选拔考试参加该项目赴美国芝加哥学习，其中有 10 多人获得国家留学基金委资助的奖学金。

在美一年，他们由 UIC 顶尖教授带领，通过学习专业和实践课程，借助 UIC 丰富的医疗资源，已经成长为拥有国际视野，具备优秀专业技能及管理才能的复合型行业精英。毕业后都在事业上取得了新的高度和成就。

附件 2

美国伊利诺伊大学芝加哥分校医药卫生管理方向 MBA 报名预审表 2024 年度秋季入学

一、申请人基本情况

姓名		性别		出生日期	__年__月__日
现住址				出生城市	
手机号码		邮箱			
如有英语成绩, 请在后方横线处注明分数:					
<input type="checkbox"/> TOEFL		<input type="checkbox"/> IELTS	_____	<input type="checkbox"/> 大学六级	<input type="checkbox"/> 大学四级 _____

二、学习经历 (若无专科经历, 请填“/”)

	学校名称	起止时间 (月/年)	所学专业	所获学位
专科院校				
本科院校				
硕士研究生院校				
博士研究生院校				

三、工作经历 (填写近三年工作经历即可)

起止时间 (月/年)	工作单位名称	所在部门	职务/职称

四、参加国外进修、培训及国际交流情况

交流项目名称	起止时间	内容/课题简介

五、所获荣誉

荣誉名称	取得时间	授予单位

六、美国获签/拒签经历

<input type="checkbox"/> 未申请过美国签证	<input type="checkbox"/> 获签, 签证类型: _____
<input type="checkbox"/> 拒签, 拒签时间及拒签时所申请签证类型: _____	

七、所在单位审核意见

盖 章 年 月 日

备注: 1. 申请人请于 2024 年 5 月 30 日前将该表扫描件发送至邮箱 wjwkjzx@163.com;

2. 联系电话: 0571-87709138、0571-88298702。