**附件3**

**全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审送审表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **盲否** |  |
| **单位** |  | **单位性质** |  | **参加工****作时间** |  |
| **行政职务** |  | **有否专****业岗位** |  |
| **现专业技术职务** |  | **从事专****业年限** |  | **申报专业技术职务** |  |
| **职称评审情况** | **职 别** | **职 务** | **评 审 单 位** | **评审时间** |
| **初 级** |  |  |  |
| **中 级** |  |  |  |
| **副 高** |  |  |  |
| **学历** | **毕业学校** |  | **毕业时间** |  |
| **所学专业** |  | **学制** |  | **学位** |  |
| **师带徒** | **老师姓名** |  | **从师时间** | **起： 止：** |
| **工****作****简****历** |  |
|  |
|  |
| **任现专业技术职务期间工作成绩、科研、学术水平** |
| **论文发表情况** | **论文题目** | **刊物名称** | **期刊号** | **级别** | **发表时间** | **字数** | **第几作者** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **著作发表情况** | **著作名称** | **出版社** | **书号** | **字数** | **第几作者** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **科研教学情况** |  |
| **实际工作成绩** |  |
| **省指导中心呈报意见** | **承办人： （盖章）** **年 月 日** |