残联职改办字〔2022〕 号

**关于2022年全国盲人医疗按摩系列高级专业技术**

**职务任职资格评审有关工作的通知**

各省、自治区、直辖市残疾人联合会，新疆生产建设兵团残疾人联合会：

按照原人事部、卫生部、国家中医药管理局和中国残联《关于盲人医疗按摩人员评聘专业技术职务有关问题的通知》（〔1997〕残联教就字第103号）、《盲人医疗按摩管理办法》（卫医政发〔2009〕37号）、《盲人医疗按摩继续教育暂行规定》（残联发〔2014〕57号）文件要求和人力资源社会保障部在全国盲人医疗按摩工作会议上提出的要求，根据全国各地盲人医疗按摩人员国家级继续教育和省级继续教育工作开展情况，现将2022年全国盲人医疗按摩系列高级专业技术职务任职资格评审的有关工作通知如下：

**一、时间**

（一）全国盲人医疗按摩系列高级专业技术职务任职资格评审委员会定于2022年第四季度进行评审工作；

（二）请各省级残联于**2022年9月30日**前将评审材料报送到中国盲人按摩指导中心职改办。材料核准登录有效时间为**2022年12月31日**以前。

**二、推荐条件**

（一）具有《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》；

（二）符合〔1997〕残联教就字第103号文件规定的条件；

（三）取得国家级继续教育学分10分和省级继续教育学分15分；

（四）合法医学专业刊物上发表本专业论文（综述性的除外）2篇以上；其中申报副主任医疗按摩师须1篇文章为答辩论文，申报主任医疗按摩师须2篇文章为答辩论文。

**三、呈报评审材料内容**

（一）任现职以来有代表性的著作或论文2篇（必须是第一作者），论文必须是在合法医学专业刊物上发表过的，**大会交流的论文或论文汇编类的不能作为评定职称的依据**；拟参加答辩的论文须填报《论文送审推荐表》（附件2，要有2名以上专家的分别推荐意见）。

（二）《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》（附件3）一式2份（一律用A3纸复印）。

（三）《全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审申报一览表》（附件4）1份，并加盖省级盲人按摩指导中心印章（一律用A3纸复印）；同时，填写电子文档，报送中国盲人按摩指导中心职改办,E-mail：mramglc@163.com。

（四）《专业技术资格评定表》（附件5，此表格复印无效）一式3份（贴小2寸彩色免冠照片），各地残联先将参评人数报中国盲人按摩指导中心职改办，中国盲人按摩指导中心职改办根据各地上报的人数统一邮寄《专业技术资格评定表》。

（五）《全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审人员简介》（附件6），按照附件6格式填写电子文档，报送中国盲人按摩指导中心职改办,E-mail：mramglc@163.com。

（六）《专业技术职务任职资格评审材料真实性保证书》（附件7），须本人及单位负责人签字（印章），同时盖章确认。

（七）业务自传1份（2000—3000字，宋体，标题3号，正文4号，单倍行距，A4纸打印），重点写明本人任现职以来的工作业绩和学术水平。业务自传须经单位人事部门审核，并在业务自传的末尾加注审核是否属实的意见，同时加盖印章。

（八）最高学历证书（学历证书取得须满1年）、任现职资格证书（须带有评审通过日期页）和残疾证复印件各1份；身份证复印件2份、工作单位的《医疗机构执业许可证》复印件1份。

（九）国家级继续教育学分证书（10分）和省级继续教育学分证书（15分）复印件各1份。

（十）省级人事（职改）部门委托函1份。

**四、报送评审材料注意事项**

（一）报送的评审材料需完整齐全、字迹清楚，内容真实、具体，不得漏项，在表格中自行附加内容者无效，由推荐单位审查核实，需加盖印章的栏目必须加盖印章（印章复印无效），各评审材料按照本通知第三项“呈报评审材料内容”中的顺序依次排好。

（二）由省级残联审核，符合推荐条件的，报省级人事（职改）部门审定。

（三）所填表格一律用当年所发的新表格填写，自行设计或往年表格无效。

（四）各省级残联要严格按本通知要求在规定的时间内及时完整地报送评审材料，如有疑问，请及时与中国盲人按摩指导中心职改办联系，凡不符合要求或超过报送时限的，一律不予受理。

（五）申报人应如实填写申报材料，如有弄虚作假，一经查实，取消申报资格。

**五、培训及考试**

为确保盲人医疗按摩专业队伍的素质，严格按照人力资源社会保障部有关文件规定执行，中国残联职改办对符合申报条件的人员组织统一的《医古文》、《推拿学》考试，考试成绩有效期3年。中国盲人按摩指导中心职改办负责《医古文》的考前辅导，《推拿学》不组织考前辅导。考试辅导的具体时间、地点另行通知。

**六、评审结果**

评审结果由中国残联职改办以正式函件形式通知各省、自治区、直辖市人事（职改）部门和省级残联。

**七、证书发放**

经“全国盲人医疗按摩专业高级职务资格评审委员会”评审通过的高级职务任职资格者，发给由省级人力资源和社会保障部门审核的高级职务任职资格证书。

**八、收费标准**

申报副主任医疗按摩师每人500元，申报主任医疗按摩师每人600元，复审通过后由省级盲人按摩指导中心统一汇至：

户 名：中国盲人按摩学会

账 号：11-240101040008183

开户行：农行北京市分行营业部

请将汇票传真至：010-68060622

通讯地址：北京市西城区太平街甲六号富力摩根中心B座10层中国残疾人联合会就业服务指导中心

联 系 人：白京林 杨溪

联系电话：010-68060663 010-68060675

电子邮箱：mramglc@163.com

附件：1.填表说明

2.论文送审推荐表

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

4.全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审申报一览表

5.专业技术资格评定表

6.全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审人员简介

7.专业技术职务任职资格评审材料真实性保证书

中国残联职称改革工作  
 领导小组办公室

2022年 月 日

**附件1**

**填 表 说 明**

所有表格中属于地方单位和个人填写的项目均不得空项，没有的项目填“无”。各表格所填写的项目内容必须与证件相一致，不得简写，不得有错别字。

一、《论文送审推荐表》（附件2）一式2份，至少2名相关专家填写答辩论文推荐意见，每名专家填写1份；其中申报副主任医疗按摩师须1篇文章为答辩论文，申报主任医疗按摩师须2篇文章为答辩论文；填写副高《论文送审推荐表》的专家应具有副高或以上职称，填写正高《论文送审推荐表》的专家应具有正高职称。

二、《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》（附件3，一律用A3纸复印）一式2份，由省级盲人按摩指导中心统一填写、盖章。

三、《全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审申报一览表》（附件4，一律用A3纸复印）1份，由省级盲人按摩指导中心统一填写、盖章，并填写电子文档，报送中国盲人按摩指导中心,E-mail：mramglc@163.com。

四、《专业技术资格评定表》（附件5，此表复印无效）一式3份，中国盲人按摩指导中心职改办根据各省上报参评人数统一邮寄该表。

1、首页“申评专业”填写“按摩”，“申评级别”填写“主任医疗按摩师”或“副主任医疗按摩师”，“电话”须加区号；

2、认真阅读《专业技术资格评定表》第1页，严格按照要求填写，发现弄虚作假，取消参评资格；

3、第5页必须详细填写，不得缺省；

4、第9页“单位审核意见”一栏由申报人的工作单位填写、盖章，“评审办事机构审核意见”一栏由省级盲人按摩指导中心和中国盲人按摩指导中心职改办填写、盖章；

5、第10页“评审意见”一栏由全国盲人医疗按摩高级职务资格评审委员会填写，“人事职改部门审批意见”一栏在评审结束后由各省级人事职改部门填写意见；

6、表中各项不得空缺，没有的项目填“无”。

五、《全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审人员简介》（附件6，由省级盲人按摩指导中心按照要求统一填写电子文档，报送中国盲人按摩指导中心,E-mail：mramglc@163.com。

六、《专业技术职务任职资格评审材料真实性保证书》（附件7），须本人签字或盖印章，同时须工作单位负责人签字，盖章确认。

所上报的表格一律用**黑色**钢笔或**黑色**签字笔填写，内容要完整、具体、真实，字迹要端正、清楚，无错别字；加盖印章的部分，印章复印无效。

**附件2**

**论文送审推荐表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 报 人** |  | **申报技术职务** |  | |
| **论文题目** |  | | | |
| **发表期刊** |  | | **参加答辩否** |  |
| **评审专家** |  | **专家技术职务** |  | |
| **专家所在单位** |  | | | |
| **论文评价及推荐意见**  **专家签字： 年 月 日** | | | | |

**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** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**附件4 全国盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格评审申报一览表**

填报单位及主管部门盖章： 填报人及联系电话： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编**  **号** | **姓 名** | **性别** | **出生**  **年月**  **日** | **盲否** | **学**  **历** | **工 作 单 位** | **行**  **政**  **职**  **务** | **现任技术职务** | **申报技术职务** | **取得现技术职务时间** | **现从**  **事专**  **业技**  **术工**  **作** | **本专业工作年限** | **毕业学校及专业** | **毕业**  **时间** | **参加答辩**  **论文题目** | **论文发表**  **杂志及时间** | **论文答辩评语** | **医古文考试成绩** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件6**

**全国盲人医疗按摩人员高级专业技术**

**职务任职资格参评人员简介**

省份： 填报人： 填报日期： 年 月 日

**姓名 性别 年龄 拟申报的职称 工作单位**

1、工作年限

2、毕业情况：何年毕业何校，专业，学历

3、职称晋升情况：何年获得何种职称

4、社会职务：何年任何职务

5、…

6、荣誉称号及学术交流：何年获何称号或在何杂志上发表何文章或何文章获何奖。

7、…

**范例：**

**×××：女 42 副高 ×××××学校**

1、工作13年

2、1991年，毕业于长春大学 针灸推拿 本科

3、1998年，晋升中学一级教师

4、2002年，晋升主治按摩医师

5、2000年，**××**市盲人学会副会长

6、2000年，学校成立实习基地 **×××**担任主任

7、2003年，**××××**学校学科带头人

8、2004年，被**××××**评为“企业先进个人”

9、1998年，论文《盲校按摩专业的医态教育及其盲缺陷补偿》获**×××**优秀论文

附件7

**专业技术职务任职资格评审材料真实性保证书**

本人申报盲人医疗按摩人员高级专业技术职务任职资格，所提供的各种表格、相关证书、业绩成果、论文等材料真实可靠。如有任何不实，愿按专业技术资格评审的有关规定接受处理。

申报人签名：

年 月 日

兹保证 同志确系本单位职工，所报材料审核属实。

如有隐瞒，愿承担相应责任。

单位（盖印）：

负责人（签名）：年 月 日