（信息公开形式：主动公开）

附件 1

|  |  |
| --- | --- |
| **申报专业** |  |
| **编 号** |  |

自治区卫生健康专业技术

任职资格评审材料袋

地州（市） 县（市） 单位

姓 名 最 高 学 历

性 别 从事本专业年限

族 别 原专业技术职务

出生年月 拟评专业技术职务

材 料 目 录

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** |  | **件数** | **序号** |  | **件数** |
| **1** | 各类证件原件 |  | **8** | 年度考核表 |  |
| **2** | 考试成绩单 |  | **9** | 医德医风考核表 |  |
| **3** | 身份证复印件 |  | **10** | 专业技术职务任职资格评审表 |  |
| **4** | 基层服务经历登记表 |  | **11** | 职称评审业绩成果表 |  |
| **5** | 进修结业证 |  | **12** | 科研创新材料 |  |
| **6** | 免继续教育审批表 |  | **13** | 专业性奖项或荣誉称号 |  |
| **7** | 援疆干部推荐评聘专业技术职务审批表 |  | **14** | 论文代表作 |  |

**联系电话（手机）：**

附件2

免继续教育审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  |
| 现工作单位 |  | | 参加工作时间 | | | |  | |
| 现有专业  技术职务 |  | | 拟申报专业  技术职务 | | | |  | |
| 申请理由 |  | | | | | | | |
| 所在单位  审查意见 | 公 章  　　　　　　　　　负责人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 同级“访惠聚”活动领导小组办公室审核意见 | 公 章  　　　　　　　　　负责人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 地州市或自治区区属主管单位人事（职称）部门审核、或审批意见 | 公 章  年 月 日 | | | | 高级的由自治区专业技术人员职称办公室审批 | 公 章  年 月 日 | | |

附件3

基层服务经历登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | | | | | | | 性别 | | |  | | 族别 | | |  | | | 照片 | |
| 出生年月 | | | |  | | | | | | | | 从事专业 | | | | |  | | | | | |
| 参加工作时间 | | | |  | | | | | | | | 现专业技术职务 | | | | |  | | | | | |
| 派出单位 | | | |  | | | | | | | | 接受单位 | | | | | |  | | | | | | |
| 起始时间 | | | |  | | | | | | | | 结束时间 | | | | | |  | | | | | | |
| 服务内容及形式 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 派出单位意见 | | | | 单位及负责人（签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接受单位意见 | | | | 单位及负责人（签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接受单位上级卫生健康行政部门意见 | | | | 单位及负责人（签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件4  选派进疆专业技术人员推荐评聘专业技术职务审批表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **单位** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | | | 性别 | | | |  | | | | | 出生年月 | | | | |  |
| 籍贯 | | |  | | | | | 族别 | | | |  | | | | | 文化程度 | | | | |  |
| 政治面貌 | | | | | |  | | | | | | 基础、职务工资 | | | | | | | | | |  |
| 参加工作时间 | | | | | |  | | | | | | 从事专业技术工作年限 | | | | | | | | | |  |
| 何时、何院校、何专业毕业 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 何时、何单位取得何专业  技术职务（职称） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报职务 | | | | |  | | | | | | | 专业技术特长 | | | | | | |  | | | |
| 现工作单位及职务 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 现任专业技术职务时间 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在受援单位意见 | | | | | | | | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 选派干部单位（内地）  意见 | | | | | | | | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 附件5  职称评审业绩成果表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位 | |  | | | | | | | | | | 申报职称 | | |  | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | | | | | | 性别 | |  | | | 出生  年月 | | | | | |  | | | |
| 工作量 | | | | | 一线业务工作时间 | | | | | | | | | | 年平  均量 | | | | | | /周 | | | |
| 教学能力 | | | | | 讲座或授课 | | | | | | | | | | 总次数 | | | | | | /次 | | | |
| 带教 | | | | | | | | | | 总人次 | | | | | | /人次 | | | |
| 单位审核 | | | | | 负责人签字或盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6  2019年高级卫生健康专业技术职务任职资格评审花名册 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 序号 | 姓  名 | 性别 | 族别 | 出生年月 | 行政职务 | 何时毕业何院校 | 学历 | 所学专业 | 参加工作时间 | 专业年限 | 现专业技术职务名称及取得时间 | 现工作单位 | 拟评专业职务名称 | 一线工作时间 | 专业成绩 | MHK成绩 | 基层服务经历 | 进修经历 | 论文代表作 | 科研创新代表作 | 讲座或授课 | 带教经历 | 典型病案分析 | 业务总结 | 是否为乡镇社区 | 身份证号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件7

考试通过人员证书发放花名册

填报单位： 填报人： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 专业名称 | 资格名称 | 考试时间 | 考试成绩 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件8

职称管理人员名单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 单 位 | 科 室 | 电 话（移动电话） | 邮 箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |