

# 山东省残疾人联合会 山东省人力资源和社会保障厅

---

鲁残联函〔2021〕65号

## 关于报送2021年山东省盲人医疗按摩系列 中级专业技术职称评审材料的通知

各市残联、人力资源社会保障局：

为做好盲人医疗按摩人员专业技术职称评审工作，现将2021年山东省盲人医疗按摩系列中级专业技术职称评审材料报送有关问题通知如下：

### 一、申报范围

在医疗机构中开展盲人医疗按摩行为的专业技术人员。

申报人须符合《山东省盲人医疗按摩人员专业技术初、中级职称评价标准条件》（鲁残联发〔2021〕37号）等有关规定。

### 二、评审材料有关要求

（一）申报人提供的评审材料类别、数量。

1. 《山东省专业技术职称评审表》（见附件1）1份。
  2. 《“六公开”监督卡》1份。
  3. 《专业技术人员申报评审职称情况一览表》11份（A3纸型复印）。
-

4. 符合《山东省盲人医疗按摩人员专业技术初、中级职称评价标准条件》（鲁残联发〔2021〕37号）中“工作业绩与成果”条件之一的，提供原件或原始材料。

5. 业务自传 1 份（1500-2000 字），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，在业务自传末尾加注审核是否属实的意见，同时加盖印章。

6. 任现职资格证书（原件及复印件）。

7. 凡能在“中国高等教育学生信息网”（<https://www.chsi.com.cn/>）查验学历信息的不需要提供学历证书原件及复印件。

8. 盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书（原件及复印件）。

9. 各类获奖证书（原件及复印件）。

10. 符合破格申报条件的，以《山东省盲人医疗按摩人员专业技术初、中级职称评价标准条件》（鲁残联发〔2021〕37号）为准，并填报《破格人员参评审批表》（见附件 2）。

## （二）材料申报。

1. 申报材料必须手续完备，内容齐全，字迹清晰，不得涂改、漏页、缺页。应提供原件的不得以复印件代替。需各单位（部门）审查盖章的不得缺章。

2. 所有申报材料的摆放顺序、实际材料件数与材料目录必须相符。

3. 所在单位、主管部门、呈报部门要对申报材料认真审查，严格把关。无异议的，在申报材料相应意见栏中签署意见，负责人签字，加盖印鉴后，连同其他申报材料，由呈报部门按规定时间报送到省残疾人就业指导中心。评审材料的报送截止时间为12月27日。

4. 呈报部门要严格按本通知要求在规定时间内及时、完整报送评审材料，凡不符合要求或超过报送时间的，一律不予受理。

### 三、填表说明

(一) 申报人要实事求是的填写申报材料和提供各种证明材料，并在《山东省专业技术职称评审表》中“诚信承诺书”处签字（摁手印）确认。

(二) 申报表格中的项目不能漏填，无需填写或没有的填“无”，不能空置。

(三) 申报材料中的“单位”“呈报单位”一律使用法定全称。“现从事专业”一律填写“盲人医疗按摩”。

(四) “学历/学位”应填报国家承认的学历和学位。

(五) “毕业时间”“毕业院校及专业”填写：×年-×月，×校×专业。

(六) “申报系列”一律填写“盲人医疗按摩系列”；“申报方式”填写“正常晋升”或“破格晋升”。

(七) “现专业技术职称”一律填写“医疗按摩师”，“申报专业技术职务资格”一律填写“主治医疗按摩师”；“现任（含

兼任)行政职务”填写“正式任命文件中的职务”。

(八)“聘任时间及年限”中“聘任时间”填写第一次聘任现专业技术职务的时间,“年限”则填写聘任累计年限,年限计算到2021年12月底。采取时间/年限的填法,例:2004年10月连续聘任至今,累计聘任17年,填2004.10/17,中间有间断,累计聘任8年,填2004.10/8。

(九)“任现职以来各年度考核结果”栏应按实际考核确定的等次填写。

(十)“任职以来取得的代表性成果”栏填写:

1.取得上一级职称以来的奖项、课题、技术攻关项目、论文、技术推广工作等;

2.同一成果的不同奖项只填写1个奖励;

3.填写发表在省级以上(含省级)专业刊物发表本专业有较高学术价值的论文1篇(破格申报论文2篇);

4.“时间”填写获奖证书落款时间、报刊的出版时间:×年-×月;

5.“位次”填写:成果、受奖等系个人独立完成的填写“独立”;与他人合作完成的,采用申报人位次/合作人数的填法,如:申报人为第1位完成人,系3人合作完成的,填写1/3,依此类推,为第2位的,填2/3(申报表格中的“位次”栏均依此法填写);

6.“成果名称”填写应先注明“论文”,再写作品名称、

页数，如“论文：《×××××》P××”；

7. “报刊或出版社”填写报刊或出版社的法定全称；

8. 要有选择性地提供任医疗按摩师期间最能反映本人按摩能力和按摩学术水平的代表作。要按代表水平由高到低依次递减的顺序填写，并在刊物封面上依此顺序编号排列。一项内容不得在以上两栏中重复填写。论文发表截止时间为呈报材料的截止时间，超期的不予认可、不予受理。

#### **四、严肃工作纪律**

各市、部门（单位）要严格执行卫生部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局、中国残疾人联合会《关于印发〈盲人医疗按摩管理办法〉的通知》（卫医政发〔2009〕37号）、《山东省盲人医疗按摩人员专业技术初、中级职称评价标准条件》（鲁残联发〔2021〕37号）等文件有关规定。

参加主治医疗按摩师资格评审的人员，不得伪造、涂改证件及证明，不得提交虚假申报材料，不得有其它违反评审规定的行为，否则取消参加评审资格；对呈报部门把关不严、材料失真的，予以通报批评。对违反规定弄虚作假、营私舞弊的人员，直接责任人及其有关部门（单位）相关责任人员，按照国家及我省相关规定严肃查处。

#### **五、其他事项**

（一）《山东省专业技术职称评审表》属个人档案材料，须使用统一规范的印刷表格。

(二)对评审通过人员,颁发山东省中级职称证书(电子证书)。

联系人:孙家玲,联系电话:0531-86158887,地址:济南市天桥区铜元局前街48号517室,邮政编码:250012,邮箱:smaxmak@shandong.cn。

附件:1.山东省专业技术职称评审表  
2.破格人员参评审批表



附件 1

## 山东省专业技术职称评审表

姓名		性别		民族		照片
身份证号			出生年月			
单位						
单位类别			规模			
现从事专业			参加工作时间			
文化程度	毕业时间	毕业院校及专业				学历/学位
全日制学历						
评审依据学历						
现专业技术职称及获得时间			职业资格及获得时间			聘任时间及年限
申报专业技术职务资格			申报系列			申报方式
现任（含兼任）行政职务					任职时间	
任现职以来各年度考核结果	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	
参加何种学术团体并任何种职务, 有何社会兼职						
近五年继续教育学时学分	2020	2019	2018	2017	2016	

### 工作经历

起止时间	单位及科室（部门）	从事何种专业技术工作	专业技术职务资格

## 任现职以来取得的代表性成果

	时 间	成 果 名 称	等 级	位 次	批 准 机 关
获 奖					
	时 间	成 果 名 称	等 级	位 次	批 准 机 关
课 题					
	时 间	成 果 名 称	专 利 类 别	位 次	批 准 机 关
专 利					
类 别	时 间	成 果 名 称	报 刊 或 出 版 社	位 次	转 摘 刊 物
论 著 文 作					
	时 间	成 果 名 称	等 级	位 次	批 示 或 证 明
其 他					



## 任现职以来主要专业技术工作成绩及表现

(包括完成的业务工作任务、工作量、取得的效果等)

## 诚信承诺书

本人郑重承诺：根据国家、省、市职称评审条件和要求，我在本次申报评审专业技术职务任职资格过程中，严肃认真、真实准确地提供了本人的个人信息、佐证材料、证件等相关材料，没有弄虚作假、学术不端等违反诚信的行为。对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿承担相应责任，并按有关规定接受相应处理。

承诺人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 单位意见

本单位已对提供的申报材料逐一审核，真实准确，同意推荐。

负责人签字：

(公章)

年 月 日

## 上级主管部门审查意见

负责人：签字	（公章） 年 月 日
--------	---------------

## 呈报部门意见

负责人：签字	（公章） 年 月 日
--------	---------------

## 评议评审审核意见

专业 学科 组 评审 意见	组长签字： <span style="float: right;">年 月 日</span>					
评审 委员会 意见	评委人数	参加投票人数	表决情况			
			同意票数		不同意票数	
主管 部门 审核 意见	主任委员签字： <span style="float: right;">（公章） 年 月 日</span>					
	<span style="float: right;">（公章） 年 月 日</span>					

附件 2

## 破格人员参评审批表

姓名		性别		民族	
出生年月		视力等级		外语情况	
工作单位			现从事专业		
学历		毕业学校 及专业		毕业时间	
现职称 (专业技术 职务资格)			现职称 取得时间		
申报职称				本专业 工作年限	
个人任期内业务总结					

申请破格参加评审理由：		
工作单位意见：	市残联意见：	市人力资源社会保障局意见：
(公章)	(公章)	(公章)
年 月 日	年 月 日	年 月 日

填表说明：1. 本表一式二份，一份报省残疾人就业指导中心，一份报市人力资源社会保障局。  
2. 成果及获奖证件报原件和二份复印件。