附表1

四川省卫生高级职称评审综合(公示)信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |  | 机构类别 |  | 是否破格 |  |
| 机构等级 |  | 行政隶属关系 |  | 申报层次 |  |
| 申报专业 |  | 申报类型 |  | 拟申报资格名称 |  |
| 地区（省级部门、中央在川单位） |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | 健康状况 |  |
| 出生地 |  | 出生年月 |  | 现从事专业 |  |
| 参加工作时间 |  | 现任党政职务 |  | 所在科室 |  |
| 现任专业技术职务 |  | 取得资格时间 |  | 聘任时间 |  |
| 医师（护士）资格 |  | 医师（护士）资格证书号码 |  |
| 荣誉称号 |  |
| 参加何种党派 |  | 参加时间 |  | 任何职务 |  |
| 参加何种学术团体 |  | 参加时间 |  | 任何职务 |  |
| 本专业学历情况 | 学 历 | 学 位 | 学 制 | 学 校 | 所学专业 | 毕业时间 | 是否脱产 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 单位名称 | 职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 进修学习情况 | 进修单位： | 起止时间： |
| 对口支援情况 | 受援单位： | 起止时间： |
| 卫生副高理论考试情况 | 考试专业 |  | 考试年度 |  |
| 考试成绩（分数） |  | 组考部门 | 四川省人力资源和社会保障厅  |
| 工作业绩（必备条件） |
| 代表作类别 | 代表作内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 其他工作业绩（非必备条件） |
| 名 称 | 取得时间 | 排名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 任现职以来是否有医疗差错事故、收受红包或受行政处分 | 公示结果 | 所在单位审查意见 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

注：本表须双面印制。

附表2

临床、口腔医师申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 | 有无病房 |  |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 |
| 门诊工作量（非手术为主临床专业） |  单元 | 门诊数量（手术为主临床、口腔专业） |  个 |
| 出院人数（参与或作为治疗组长） |  人次 | 出院患者手术/操作人次（手术为主临床专业） |  人次 |
| 手术/操作人次（限呼吸内科、消化内科填写） | 镜下治疗 |  人次 | 诊疗患者/健康服务人数（无门诊的其他临床专业） |  人次 |
| 总人次 |  人次 |
| 诊疗人次（无病房的口腔专业） |  人次 | 签发检查报告份数（医学辅助诊断专业） |  份 |
| 本人承诺以上所填信息属实。 |  |
|  | 申报人签名： |
|  | 年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 单位工作量统计部门意见 | 负责人（签字）：年 月 日 |
| 公示情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）负责人（签字）：年 月 日 |
| 单位审核意见 | 负责人（签字）： | 单位（签章） |
|  | 年 月 日 |

公共卫生医师申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 |
| 工作时间 |  周/年 | 现场工作或在基层工作天数 |  天/年 |
| 参与/主持的各类现场调查或者处置的各类突发公共卫生事件数量 |  个 | 撰写现场流行病学调查报告/疾病与健康危害因素监测（分析预警）报告/公共卫生应急处置预案或风险评估报告数 |  个 |
| 参与制定计划或者方案 |  个 | 参与/指导完成各级健康教育与健康促进活动 |  项 |
| 本人承诺以上所填信息属实。 |
|  | 申报人签名： |
|  | 年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 单位工作量统计部门意见 | 负责人（签字）：年 月 日 |
| 公示情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）负责人（签字）：年 月 日 |
| 单位审核意见 | 负责人（签字）： | 单位（签章） |
|  | 年 月 日 |

护理人员申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 |
| 工作时间 |  周/年 | 病历首页责任护士质控护士记录条数 |  条 |
| 护理质量/教学督导记录 |  条 | 年均参加抢救危重患者或主持护理疑难病例讨论或主持专科护理查房或承担护理会诊或承担专题授课数 |  次/年 |
| 急诊、重症、手术室、血透、导管室、产房、消毒供应中心、健康管理等科室护理记录数 |  条 |
| 本人承诺以上所填信息属实。 |
|  | 申报人签名： |
|  | 年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 单位工作量统计部门意见 | 负责人（签字）：年 月 日 |
| 公示情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）负责人（签字）：年 月 日 |
| 单位审核意见 | 负责人（签字）： | 单位（签章） |
|  | 年 月 日 |

药学人员申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 |
| 工作时间 |  周 | 调配处方/医嘱数量 |  张/条 |
| 处方点评数量 |  张/份 | 药学门诊数量 |  单元 |
| 药物重整数量 |  人次 | 静脉药物配置数量 |  袋 |
| 医院制剂数量 |  批次/支、盒、包、袋 | 药物质量监督 |  批次/次、例 |
| 用药监测（药品不良反应监测/用药错误/药品损害事件监测） |  例 | 精准用药检测/用药方案制定数量 |  例 |
| 药学监护数量 |  人次 | 药物临床试验 |  项 |
| 药事管理 |  次/例 |  |  |
| 本人承诺以上所填信息属实。 |
|  | 申报人签名： |
|  | 年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 单位工作量统计部门意见 | 负责人（签字）：年 月 日 |
| 公示情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）负责人（签字）：年 月 日 |
| 单位审核意见 | 负责人（签字）： | 单位（签章） |
|  | 年 月 日 |

医学技术人员申报卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 |
| 工作时间 |  周/年 | 技术操作次数 |  次/例 |
| 设备检测、检修、维护次数 |  次 | 检测人数 |  次 |
| 输血相容性检测或输血病历质控检查次数 |  次 | 医院感染管理/医疗卫生业务管理/病案信息管理次数 |  次/例/份 |
| 基本工作数量 |  份数/项次 | 专项工作数量 |  项 |
| 参与建立、比对、推广和应用的新技术、新方法数量，或者参与编写的质量控制文件等数量 |  项/个 | 生物安全/实验室安全相关工作 |  次 |
| 本人承诺以上所填信息属实。 |
|  | 申报人签名： |
|  | 年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 单位工作量统计部门意见 | 负责人（签字）：年 月 日 |
| 公示情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议附调查核实情况和结论）负责人（签字）：年 月 日 |
| 单位审核意见 | 负责人（签字）： | 单位（签章） |
|  | 年 月 日 |

卫生专业技术人员申报基层卫生高级职称工作量登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 工作量统计数据 |
| 年 度 | 参加本专业工作时间 | 备 注 |
|  |  周 |  |
|  |  周 |   |
|  |  周 |  |
|  |  周 |  |
|  |  周 |  |
|  |  周 |  |
|  |  周 |  |
|  |  周 |  |
|  |  周 |  |
| 平 均 |  周/年 |  |
| 本人承诺以上所填信息属实。申报人签名：年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 公示情况 | 以上工作量数据已于 年 月 日至 月 日在 进行公示。公示期间 异议。（如有异议须附调查核实情况和结论）负责人（签字）：年 月 日 |
| 单位审核意见 |  负责人（签字）： 单位（签章）：年 月 日 |

附表3

卫生专业技术人员免进修学习登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 从事专业 |  | 专业技术职务 |  | 聘任时间 |  |
| 免进修学习原因 | 任现职以来，符合下列条件之一的，可免进修学习：□在省、市（州）三级医疗卫生机构工作的公共卫生类医师和护、药、技类人员，以及在省级其他卫生健康机构工作的。□在省、市（州）三级医疗卫生机构工作2年及以上后到基层医疗卫生机构工作的。□取得省外或国外医疗机构同等时间进修合格证的临床、口腔类医师。□取得住院医师、专科医师规范化培训或全科医师转岗、骨干医师培训合格证的。□取得本专业高一级学历或学位的。□博士后期满出站人员。□海外引进高层次人才。□援外、援藏、援彝1年及以上的。□参加脱贫地区城乡医疗卫生对口支援“传帮带”工程、综合帮扶凉山州脱贫攻坚工作队、脱贫村驻村工作队等脱贫攻坚和乡村振兴工作服务期满，且考核结果为合格及以上的。□参加“组团式”帮扶乡村振兴重点帮扶县人民医院，按规定完成1年及以上帮扶任务，且年度考核结果为合格及以上的。□疫情防控一线卫生专业技术人员。 |
| 所在单位审核意见 | 单位：（公章）负责人： 年 月 日 |
| 主管部门意见 | 单位：（公章）负责人： 年 月 日 |

备注：1.个人基本信息、学历信息、从事专业及专业技术职务情况须与申报信息一致；

2.所在单位须勾选免进修学习原因并附相关证明材料。弄虚作假者，三年内不得申报卫生高级职称。

附表4

城市卫生技术人员对口支援基层工作

自我鉴定及相关证明表

（限2017年及以前派出对口支援人员使用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 现从事专业 |  | 专业技术职务 |  | 聘任时间 |  |
| 派出单位 |  | 所在科室 |  |
| 接收单位 |  | 担任职务 |  |
| 支援时间 | 年 月 日至 年 月 日 |
| 自我鉴定 | 基层工作实际时间 | （工作日） |
| 期间请假或其他原因离开基层时间 | （工作日） |
| 期间承担主要工作及工作量（特别说明主要临床工作种类和量、主要带教培训种类和量） |
| 期间基层业务提升情况（特别说明帮助基层开展新业务和培养当地医务人员实际掌握新知识、新技术情况） |
| 管理指导情况（特别说明担任管理职务、帮助建立临床或管理规章制度情况） |
| 接收单位意见 | 接收单位科室对自我鉴定的意见（须注明情况属实否，有无其它特别说明情况）负责人： 年 月 日 |
| 接收单位对自我鉴定的意见（须注明情况属实否，有无其它特别说明情况） 单位：（公章）负责人： 年 月 日 |
| 派出单位意见 | 派出单位科室对自我鉴定的意见（须注明情况属实否，有无其它特别说明情况）负责人： 年 月 日 |
| 派出单位对自我鉴定的意见（须注明情况属实否，有无其它特别说明情况） 单位：（公章）负责人： 年 月 日 |
| 接收单位上级主管部门意见 |  单位：（公章）负责人： 年 月 日 |

备注：此表作为卫生技术人员申报高级职称的依据。

附表5

城市卫生技术人员免对口支援登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 从事专业 |  | 专业技术职务 |  | 聘任时间 |  |
| 免对口支援原因 | 明确对口支援任务的医疗卫生机构人员，符合下列条件之一的，可免对口支援：□在乡镇卫生院、社区卫生服务机构工作2年及以上的。□在部队团及团以下医疗卫生机构工作2年及以上的。□疫情防控一线卫生专业技术人员。 |
| 所在单位审核意见 |  单位：（公章）负责人： 年 月 日 |
| 主管部门意见 |  单位：（公章）负责人： 年 月 日 |

备注：1.个人基本信息、学历信息、从事专业及专业技术职务情况须与申报信息一致；

2.所在单位须勾选免对口支援原因并附相关证明材料。弄虚作假者，三年内不

得申报卫生高级职称。

附表6

卫生专业技术人员健康科普完成情况登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 学历 |  | 工作单位 |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | 年 月 日 |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 健康科普完成情况 |
| 年度 | 面向社会公众、媒体，开展健康知识讲座数 | 在各级卫生健康行政部门、县级及以上医疗卫生机构报刊或新媒体平台，发表健康科普文章、音视频作品数 | 在各级媒体、行业报刊，发表健康科普文章、音视频作品数 |
|  年 |  次 |  篇（条） |  篇（条） |
|  年 |  次 |  篇（条） |  篇（条） |
|  年 |  次 |  篇（条） |  篇（条） |
|  年 |  次 |  篇（条） |  篇（条） |
|  年 |  次 |  篇（条） |  篇（条） |
| 本人承诺以上所填信息属实。申报人签名：年 月 日 |
| 审 核 意 见 |
| 单位审核意见 | 负责人（签字）： 单位（签章）：年 月 日 |

附表7

政治思想评分内容及参考分值

1.坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，遵纪守法，认真贯彻新时代卫生与健康工作方针，自觉践行“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神，具备良好的政治素质、协作精神、敬业精神和医德医风。任期内无责任事故。（6分）

2.任现职以来，获得全国、省、市（州）、县（市、区）先进工作者或劳动模范表彰，可加4、3、2、1分。

3.任现职以来，受到严重警告及以上纪律处分或记大过及以上政务处分，减6分；受到警告纪律处分或警告、记过政务处分，减4分；受到任免机关、单位处分，减2分。

附表8

申报业绩材料相关政策规定一览表

|  |  |
| --- | --- |
| 类 别 | 相关政策 |
| 工作业绩成果代表作 | 按照《四川省卫生健康委员会 四川省人力资源和社会保障厅关于印发〈四川省深化卫生专业技术人员职称制度改革实施方案〉的通知》（川卫规〔2022〕3号）、《四川省卫生健康委员会关于进一步明确卫生高级职称申报评审有关要求的通知》（川卫人事函〔2023〕146号）和《四川省卫生健康委员会 四川省人力资源和社会保障厅关于进一步规范卫生高级职称申报评审工作的通知》（川卫人事函〔2024〕242号）执行。 |
| 进修学习 | 《四川省卫生和计划生育委员会关于开展临床医师规范化进修工作的意见》（川卫发〔2017〕166号）、《四川省卫生健康委员会关于进一步明确卫生高级职称申报评审有关要求的通知》（川卫人事便函〔2023〕146号）。 |
| 对口支援 | 1.基本医疗卫生与健康促进法、《四川省卫生和计划生育委员会 四川省人力资源和社会保障厅 四川省中医药管理局关于进一步完善卫生职称制度的意见》（川卫发〔2018〕52号）、《四川省卫生和计划生育委员会 四川省中医药管理局关于全面实施贫困地区城乡医疗卫生对口支援“传帮带”工程，打造一支愿承担有能力可支撑的本土医疗卫生人才队伍的意见》（川卫发〔2017〕172号）、《四川省卫生和计划生育委员会办公室关于做好非贫困民族县、服务薄弱地区（单位）对口支援“传帮带”工作助推分级诊疗制度落实的通知》（川卫办发〔2017〕122号）、《四川省卫生健康委员会关于进一步明确卫生高级职称申报评审有关要求的通知》（川卫人事便函〔2023〕146号）。2.参加5·12汶川大地震抗震救灾、4·20芦山强烈地震和灾后重建工作的卫生专业技术人员，可按照《四川省卫生厅关于调整卫生专业高级技术资格评审政策的通知》（川卫办发〔2008〕272号）和《四川省卫生厅关于参加4·20芦山强烈地震抗震救灾和灾后重建卫生专业技术人员晋升卫生高级专业技术职务任职资格有关规定的通知》（川卫办发〔2013〕224号）有关规定计算服务基层时间。 |