附件2

广东省基层卫生紧缺专业技术人才副高级

职称认定工作流程

一、适用范围

（一）适用地区。

汕头、韶关、湛江、肇庆、茂名、惠州、梅州、汕尾、河源、阳江、清远、潮州、揭阳、云浮等14个地级市以及江门恩平市、开平市、台山市。

（二）适用机构。

上述适用地区的基层医疗卫生机构，包括乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等。

（三）适用专业。

1.全科，包括：全科医学（临床类）、全科医学（中医类）；

2.儿科，包括：小儿内科、小儿外科、新生儿科、儿童保健；

3.妇产科，包括：妇产科、妇科（含妇科肿瘤）、产科、生殖医学、计划生育、妇女保健；

4.精神科，包括：精神病学（含心理卫生）；

5.影像科，包括：放射医学、放射医学技术、超声医学、超声医学技术、核医学、核医学技术、肿瘤放射治疗学、肿瘤放射治疗技术、心电学、心电学技术、神经电生理（脑电图）学、神经电生理（脑电图）技术、功能检查；

6.中医药专业，包括：中医内科、中医外科、中医妇科、中医儿科、中医五官科、中医骨伤科、中医肛肠科、中医皮肤科、按摩推拿、针灸、中西医结合医学、中药学。

多个执业专业的，以执业时间最长的专业或取得中级职称后执业时间超过10年的专业为准。

（四）适用对象。

取得与适用专业对应的相关专业中级职称后，在上述机构、对应专业技术岗位连续工作满10年且已聘任中级职称的在职在岗卫生专业技术人员（含编制内人员和签订劳动合同的编制外人员），年限计算截止至2021年12月31日。

二、申报条件

（一）申报人自2012年起，按照《关于印发〈广东省医务人员医德考评实施办法（试行）〉的通知》（粤卫〔2009〕158号）要求参加医德考评的，最近10年个人年度医德考评结果应均为优秀或良好。

（二）具备医师资格并注册执业的申报人，按照《转发卫生部关于印发〈医师定期考核管理办法〉的通知》（粤卫〔2007〕25号）要求参加定期考核的，最近5个考核周期的考核结果应均为合格。

在村医疗卫生机构执业的申报人，按照《卫生部关于印发〈乡村医生考核办法〉的通知》（卫农卫发〔2008〕43号）要求参加定期考核的，最近5个考核周期的考核结果应均为合格。

（三）最近10年，申报人个人年度考核均为合格及以上等次；如所在机构有开展聘期考核，申报人最近10年聘期考核均为合格及以上等次。

申报人就职于社会办医疗卫生机构的，其年度考核（聘期考核）按核发其医疗机构执业许可证的卫生健康行政部门有关规定执行，最近10年均为合格及以上等次。

（四）按照《实施方案》有关规定，属住院医师规范化培训对象的申报人，须完成住院医师规范化培训并取得合格证书。

（五）所从事专业有执业准入要求的，必须具有相应类别的执业资格并已登记注册。

（六）申报人员须参加广东省高级卫生专业技术资格考试，并成绩合格。申报前须已聘任中级职称。

三、认定工作流程

（一）个人申报。

按照个人自愿的原则，符合直接认定申报条件的基层卫生紧缺专业技术人才，可在2021年度全省卫生健康专业技术人才职称评审工作通知规定的申报时间内，自愿向所在单位申报，多机构执业医师应通过主要执业机构申报，多个执业专业的以执业时间最长的专业或取得中级职称后执业时间超过10年的专业申报。登录广东卫生人才网（网址：http://www.gdwsrc.net），在《广东省卫生健康专业技术人才职称管理系统》中填写个人申报信息，根据要求上传有关资料，并提交如下纸质材料：

1.《广东省基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称认定申报表》（见附表，以下简称《申报表》）；  
 2.居民身份证（临时身份证）复印件；

3.《卫生专业技术资格证书》复印件；

4.2012年（含）以来，个人年度医德考评登记表格复印件；

5.最近10年个人年度考核（聘期考核）表格复印件；

6.《医师资格证书》、《医师执业证书》复印件；

7.最近5个考核周期的《医师定期考核表》或《乡村医生考核表》复印件；  
 8.《住院医师规范化培训合格证书》复印件。

（注：第6-8项，适用对象须提供）

申报材料相关要求和表格在申报系统中下载。申报人应保证所提交材料内容真实、可靠、可溯源，凡未如实申报或弄虚作假的，一经发现并核实，取消当年申报资格或撤销其职称，并记入职称评审诚信档案库，记录期限为从取消申报资格或撤销职称之日起3年。

对非个人原因造成所提交材料年限未达到要求的，由各地市结合本地医师执业注册、医师定期考核、年度医德考评、乡村医生考核等工作开展情况和申报人实际情况，予以核实、确认。  
 （二）单位审核及公示。

1.各单位职称申报审核评价小组在召开评价会议前公布单位本年度拟推荐申报认定的人数，结合各单位核定岗位结构比例内的空缺副高级岗位数和临床业务需要，对申报认定人员的医德医风、业务水平、工作实绩和资历等因素进行综合评价，并以无记名方式表决。单位应结合本年度拟推荐申报认定的人数，在获评价会议出席人数半数以上同意票的申报人中，择优推荐至职称评审委员会认定。单位应建立审核评价会议记录备查制度，记录内容包括开会时间、地点、出席会议人员名单、审核评价对象、成员发言要点以及投票推荐结果等。

2.各单位应认真审核申报材料，确保申报材料真实、可靠、可溯源。对申报人提交的材料，凡为复印件的，审核后须注明“经审核，与原件相符”。其他需要审核的材料，均须签名盖章，谁审核，谁签名盖章，谁负责。对不符合申报条件的材料，应注明原因退回，并及时告知申报人。

3.各单位应做好评前公示工作。要按规定将申报材料和单位的投诉受理部门及电话，同时在单位显著位置张榜和单位网站（如有）首页进行公示。其他申报材料放置在单位会议室等公共场所，以备查验。公示期不少于5个工作日。对公示期间被举报的问题，经查实存在弄虚作假和其他违规行为的，一律不予报送，并按有关规定处理；对举报问题一时难以核实的，应如实注明，申报材料先行报送，但不得停止核查，核查结果应及时报送评审工作领导小组办公室。

4.公示结束后，由单位人事（职称）部门在规定时间内完成申报系统及纸质材料的审核上报工作。

（三）主管部门复核。

根据有关政策要求和工作实际，申报材料实行前置审核。各地级市卫生健康、人力资源社会保障部门要明确审查责任人，落实审核责任，认真审核申报材料，确保材料真实性。对经审核不符合规定条件的申报材料，应及时、一次性告知申报人需要补正的全部内容，并明确补正截止时间。逾期未补正的，视为放弃申报。要建立诚信档案制度，对提供虚假材料的个人列入失信档案，作为今后申报、评审的重要参考依据。对经审查、符合直接认定申报条件的，在规定时间内完成申报系统及纸质材料的审核上报工作。

（四）认定及发证。

对经审核符合直接认定申报条件的，由省卫生健康人才基层卫生专业高级职称评审委员会直接认定为基层专业副高级职称，经公示无异议的，在公示结束后10个工作日内向省人力资源社会保障厅报送认定结果审核确认材料，由省人力资源社会保障厅制发电子职称证书。

附表：广东省基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称认定申

报表

附表

广东省基层卫生紧缺专业技术人才

副高级职称认定申报表

姓 名

身份证号码

工作单位

现职称 专业 职称

申报职称 专业 职称

填表时间 20 年 月 日

二零二二年

填 表 说 明

1、本表适用于《广东省基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称认定工作流程》所指基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称认定工作。

2、本表应用钢笔或签字笔以正楷字体填写，也可计算机填写后打印。申报人应按要求，如实、认真填写各项内容，有注释内容应按注释规范填写，字迹应端正、清晰。如内容较多，可酌加附页。表内各栏项目不得空白，如某项无内容应在该栏注明“无”字样。

3、本表由单位出具意见栏目，须待公示结束之后方可填写。各项评价或审核意见不与申报人见面。

4、申报时提交本表一式一份。经认定通过和审核发证后，由申报人人事档案保管单位存入个人人事档案，本表不退回申报人。

5、本表用A4纸双面打印，不可改变其结构、字体、字号。

6、按要求须提供的复印件，应标注“与原件相符”并加盖单位公章后用于评前公示，不再与申报表一起装订。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | | 身份证号码 | | |  | | | 民族 | |  | 贴相片 | |
| 政治  面貌 | |  | | 最高学历 | | |  | | | | 最高 学位 |  | | 所学专业 |  | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | | 参加工作时间 | | |  | | | |
| 现职称 | |  | | | 取得  时间 | | |  | | | 现职称  取得方式 | |  | 现职称  发证单位 | |  | | | |
| 现聘任 专业（科）  职务，累计 年 | | | | | | | | | | 从事本专业或相近专业工作合计： 年 | | | | 参加学术团体及任职 | |  | | | |
| 现从事专  业技术工作 | | |  | | | | | 取得中级职称后在基层连续工作时间： 年 | | | | | | 现申报直接  认定职称 | |  | | | |
| 学 历（学位）教 育  情 况 | 起止年月 | | | | | 毕 业 院 校 | | | | | | | | 专 业 | | 学 历  （学位） | | | 办学 形式 |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 情 况  非 学 历 教 育 | 起止年月 | | | | | 学 习 内 容 | | | | | | | | 课时 | | 取得 何证书 | | | 办学 单位 |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 主 要 工 作 经 历 | 起止年月 | | | | | 在何地、何单位从事何工作 | | | | | | | | | | 任何职 | | | 证明人 |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |

注：1、现职称取得方式：指评审、认定、考试。

2、现申报认定职称：统一填写为“XXX专业（参考适用专业） 副主任医师//技师/药师”。

1. 学历（学位）教育：请自中专开始填起，无中专以上学历者从初中开始填起。

4、办学形式：指全日制、在职或电大、函大、业余大、职大、夜大、自学考试等。

5、非学历教育：指用大、中专学校或相同水平教材进行的基础教育，如专业证书班等。

6、主要工作经历：从参加工作开始填写，重要兼职亦应填写，所列各项时间段应前后衔接。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 最近十年  个人年度医德考评情况 | | 2012年： ；2013年： ；2014年： ；2015年： ；2016年： ；2017年： ；2018年： ；2019年： ；2020年： ；2021年： 。 | | | | | | |
| 最近5个考核周期  医师/乡村医生  定期考核情况 | |  | | | | | | |
| 最近十年个人年度考核（聘期考核）情况 | | 2012年： ；2013年： ；2014年： ；2015年： ；2016年： ；2017年： ；2018年： ；2019年： ；2020年： ；2021年： 。 | | | | | | |
| 是否住院医师  规范化培训对象 | |  | 培训合格  证书编号 | |  | 培训 专业 |  | |
| 进  修  经  历 | 起止时间 | 进修单位 | | 学 习 内 容 | | | | 学习  时间 |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |

注：1、医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。

2、医师/乡村医生定期考核结果分为：合格、不合格。

3、年度/聘期考核等级为：优秀、称职（合格）、基本称职（基本合格）、不称职（不合格）。

|  |  |
| --- | --- |
| **个 人 专 业 技 术 工 作 小 结** | |
|  | |
| **工 作 负 面 情 况 说 明** | |
| 申 报 人 负 面 情 况 | 任现职以来专业技术工作中如曾出现下列情况，请在选项前面打√：  ☐利用单位负责人之便占用他人成果；☐因工作过失受到通报；☐工程质量事故；☐医疗事故；☐严重医患纠纷；☐前述事故出现伤亡；☐其他情况：  **并就上述过错的具体情形作简要文字说明：** |
| 申报人对工作过失  的陈述 | 申报人签名： |
| 单位对申报人  负面情况的意见 | （公章）  单位人事部门负责人签名： 年 月 日 |
| **本人承诺：**本人对以上所填写内容及所提交附件材料的真实性、可靠性、可溯源性负责。如有虚假或者不真实之处，愿意接受包括撤销职称等处理决定。  申报人签名：  年 月 日 | |

注：1、申报人须如实填写工作负面情况并亲笔签名，若对获现职称以来出现的过错隐瞒不报，评前公示阶段受举报查实，取消当年申报资格；评后受举报查实，评审结果无效或撤销已获得的职称，记入职称评审诚信档案库，记录期限为从取消申报资格或撤销职称之日起3年。

2、如有负面情况，申报人须在“申报人负面情况”栏对工作中出现的过错作出具体表述，在“申报人对工作过失的陈述”栏如实填写出现过失的原因、处理方式及本人的认识。“单位意见”栏由单位人事部门针对申报人工作作风、态度、过失因果等，加具对其负面情况的意见，对申报人未填报的负面情况亦一并列明。

|  |
| --- |
| **单 位 综 合 评 价 意 见** |
| 单位负责人签名： （单位公章）    年 月 日 |
| **单位对申报材料审核意见:**  **本《申报表》填写的内容及提交的材料，其真实性、可靠性、可溯源性，已经我单位**  **核对无误，并对此负责且承担由此产生的一切后果。**  **公章**  **核对人签名： 单位负责人签名： 年 月 日** |

注：所在单位须对申报人的专业技术工作、业绩进行核实并对其水平、能力、业绩作出客观公正的评价，评价意见字数不少于150字。

|  |  |
| --- | --- |
| 评前公示情况（在是或否后的括号内打√）：  是（ ）否（ ）在单位显著位置公开张贴；本表涉及的全部申请材料是（ ）否（ ）已公示；  公示期： 年 月 日至 年 月 日。    收到对申报人的举报、投诉主要内容及核查情况：  单位负责人（签名）： 行政职务：  **本签名表明负责人已完全清楚申报人的申报材料内容，并对材** （单位公章）  **料的真实性、可靠性、可溯源性及公示环节的完整性表示担保。** 年 月 日  **如申报人有弄虚作假行为，负责人须承担连带责任，一并追究。** | |
| 上级主管部门或单位审核意见：  负责人： （公章）  年 月 日 | |
| 县（区）人社部门审核意见：  经办人： （公章）  年 月 日 | 市人社部门（省直主管部门）审核意见：  经办人： （公章）  年 月 日 |

注：1、“评前公示情况”栏由申报人所在单位负责填写。

1. 主管部门、各级人社部门应依据我省《改革方案》有关规定审核申报人材料，符合申报

要求的材料方可报送评委会评审，否则不予报送评委会。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评委会办公室审核意见：  评委会办公室（公章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 评 审 委 员 会 认 定 情 况 | 评审委员会对 同志的认定结论：  主任委员或副主任委员签章 评委会（公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 评委会人数 | 到会人数 | 投票表决结果 | | | | 备 注 |
|  |  | 同意票数 |  | 不同意票数 |  |  |

注：对评委会认定通过人员的认定结论应填写其专业与职称名称，如“经评审委员会审核，同意认

定 XXXXXXX（姓名）为 XXXXXXXXXX（专业）副主任医师/副主任技师/副主任药师。

|  |  |
| --- | --- |
| 认定结果公示情况：  负责人： 评委会办公室（公章）  年 月 日 | |
| 职称审核确认意见：    职称审核确认单位（公章）  年 月 日 | |
| 备 注 |  |