附件

2019年度全国医用设备使用人员业务能力

考评报名条件及流程

一、报名条件

从事本专业工作两年以上且尚未取得《大型医用设备上岗 证》或《全国医用设备使用人员业务能力考评合格证明》的各类医用设备使用人员可自愿免费报名。

报名专业必须与本人从事的专业一致。医师类专业申报人员须持有《医师资格证书》和《医师执业证书》，持《执业助理医师证书》者不得报考医师类专业。从事专业工作年限截止日期为2019年12月31日。

二、报名方式及时间

考试报名分为网上报名、现场确认及考区审核。未按规定进行现场确认的申报材料或申报材料审核不合格的，其网上报名信息无效。

**（一）网上报名**

申报人员于2019 年8月20日至9月3日登录中国卫生人 才网（[www.](http://www/)21wecan.com）进行网上报名，按照要求填写相应申报信息，打印《2019年度全国医用设备使用人员业务能力考评报名表》（以下简称《报名表》表样见附件2）。

**（二）现场确认**

考生需持《报名表》等申报材料至本单位人事部门进行现场确认。由各单位人事部门统一收齐本单位申报人员所有申报材料，经审核原件及复印件无误后，在复印件上加盖单位公章，并于9月6日前统一报送至考区办公室，考区不再受理个人邮寄申报材料。

**（三）考区审核**

考区将对各单位考生申报材料进行资格审核，拟于9月15日完成资格审核，考生可于9月15日后查询审核结果。审核未通过的考生，请于18日前补交相关材料，逾期将视为放弃。

三、申报材料

请考生按照以下顺序提交申报材料：

1.《报名表》1份。《报名表》需由申报人员本人签字，经本人签字确认后报名信息不得更改，本人未签字的报名材料将做无效处理。

2.工作证明1份（附件3）。需填写准确的联系方式。

3.申报医师类专业的考生须提供《医师资格证书》和《医师执业证书》复印件。申报眼科PRK/LASIK医师专业，医师执业范围需注册在“眼耳鼻喉科专业”，报考其他医师类专业需注册在“医学影像或放射治疗”专业。

4.本人身份证明（身份证复印件）1份。

四、准考证打印

10月21日至10月26日，报名资格审核通过人员可登录中国卫生人才网打印准考证。

五、考评成绩发布

国家卫生健康委人才交流服务中心将于考后两个月内在中国卫生人才网上发布考评成绩，考生可凭本人准考证号和有效身份证件号进行成绩查询。

六、成绩合格证明

合格考生在规定时间内登录中国卫生人才网自行下载、打印合格证明电子版，具体时间另行通知。考区不再发放成绩合格证明。

附件: 1.考评专业及代码

2.2019年医用设备使用人员业务能力考评报名表

3.工作证明

4.考评时间安排表

附件1

考评专业及代码

|  |  |
| --- | --- |
| 专业代码 | 专业名称 |
| 11 | CT医师 |
| 12 | CT技师 |
| 21 | MRI医师 |
| 22 | MRI技师 |
| 24 | 乳腺技师 |
| 31 | PRK/LASIK医师 |
| 32 | PRK/LASIK技师 |
| 41 | LA医师 |
| 42 | {LA、（X刀、γ刀）｝技师 |
| 43 | {LA、（X刀、γ刀）｝物理师 |
| 51 | CDFI医师 |
| 52 | CDFI技师 |
| 61 | X刀、γ刀医师 |
| 72 | DSA技师 |
| 81 | 核医学医师 |
| 82 | 核医学技师 |
| 83 | 核医学物理师 |
| 84 | 核医学化学师 |

附件 2

2019年医用设备使用人员业务能力考评报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | 姓名 |  | | | 性别 |  | | 相 片 处  （两寸彩色免 冠照片） |
| 民族 |  | | | 出生日期 |  | |
| 证件类型 |  | | | 证件编号 |  | |
| 报 考 信 息 | 医师执业证书编码 |  | | | 职称 |  | |
| 考评专业 |  | | | | | | |
| 教 育 情 况 | 毕业学历 |  | | 毕业学校 | | |  | |
| 学位 |  | | 毕业专业 | | |  | |
| 毕业时间 |  | | | | | | |
| 工 作 情 况 | 行业系统 |  | | 单位名称 | | |  | |
| 现从事专业 |  | | 开始从事现专业  时间 | | |  | |
| 单位所属 |  | | 单位级别 | | |  | |
| 其  他 | ※联系电话 （考生手工必填） |  | | 邮编 | | |  | |
| 联系地址 |  | | | | | | |
| 申报人员签名 | |  | | | | | | |
| 审 查 意 见 | | | | | | | | |
| 单位人事部门  审查意见  印 章  年 月 日 | | | 省级卫生健康行政部门  审查意见  印 章  年 月 日 | | | | | |
| 备注：1.技师、物理师、化学师不需填写医师执业证书编码。  2.此表须申报人员仔细核对后签字确认，一旦确认不得改。 | | | | | | | | |

网报号： 注册用户名 ：

验证码： 确认考区 ：

附件3

工作证明

姓名： ，身份证号： ，现申请参加**医用设备使用人员业务能力**考试 专业，已从事 岗位共 年，工作简历如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **起止年月** | **单位名称** | **单位所在市（或县）** | **从事何种**  **岗位工作** |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 本人知晓本考试报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，如有虚假，愿意接受被取消申报资格、已参加考试则被取消当次考试所有科目成绩、已获得成绩合格证明则被注销的处理。    考生签名：  联系电话：  年 月 日 | | 该考生填报内容真实准确。  单位（盖章）：  经办人：  联系电话：  年 月 日 | |

备注：1.表格内考生、经办人应签全名，单位应盖章，否则不予受理。

2.此证明仅作报考医用设备使用人员业务能力考评考试凭据，不作其他用途。附件 4

考评时间安排表

|  |  |
| --- | --- |
| **工作内容** | **时间** |
| 网上报名 | 8月20日9月3日 |
| 报名确认 | 8月21日9月5日 |
| 资格审核 | 9月15日 |
| 考生网上打印准考证 | 10月21-26日 |
| 考评实施 | 10月26日 |
| 成绩查询 | 考后2个月内 |