**包头市卫生考务中心**

**关于卫生健康行业职业技能**

**报名审核工作的通知**

根据国家卫生健康委人才交流服务中心《关于开展2019年第3次卫生健康行业职业技能全国统一鉴定工作的通知》（卫人才发〔2019〕97号）文件要求，自治区拟开展健康管理师(三级)、口腔修复体制作工（四级）2个职业技能鉴定工作。现对我市报名资格审核工作安排公告如下：

一、鉴定职业范围

开展健康管理师（三级）、口腔修复体制作工（四级）

二、考试报名时间

报名时间：2019年8月27日至31日。

1. 报名审核时间、地点

 审核时间：上午：9:00--12:00 下午：14:30--17:30

审核地点：包头市卫生考务中心二楼会议室217（乌兰道与民族西路交叉口西100米）。

四、考生需提交的材料

（一）本人有效身份证明原件及复印件。本人有效身份证明须在报考有效期内。

（二）考生本人学历证书及在中国高等教育学生信息网学历查询报告。

（三）亲笔签名个人承诺书。

（四）正规培训达规定标准学时数后取得的结业证书。

（五）所在单位的工作年限证明。

（六）电子照片。须为考生本人近期正面白底免冠彩色证件照，照片大小为一寸或者小二寸，格式为jpg，文件大小必须在15kb-45kb之间，并以考生身份证号命名文件。

五、考试缴费

（一）按照《内蒙古自治区发展改革委 财政厅 人力资源和社会保障厅关于规范内蒙古自治区职业技能培训和鉴定收费标准等有关问题的通知》（内发改费字〔2015〕1552号）的标准，向考生收取考务费，分别如下。

1.健康管理师（三级）考试费用按每人290元收取(包含理论考试科目70元，技能考试科目220元)。

2.口腔修复体制作工（四级）考试费用按每人290元收取（包括理论考试科目70元，技能考试科目220元）。

（二）缴费方式：现场缴费。

联 系 人：张君、刘磊

联系电话：0472-2173016

附件： 1.各职业考试时间、级别

         2.各职业报名条件

         3.承诺书

         4.工作证明

          包头市卫生考务中心

                      2019年8月19日

附件1

各职业考试时间、级别

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 考试职业 | 考试级别 | 考试日期和时间 |
| 理论考试 | 技能操作考试 |
| 健康管理师 | 三级 | **9**月**21**日**9:00-11:00**考试形式：人机对话考试 | **9**月**21**日**14:00-16:00**考试形式： 人机对话考试 |
| 口腔修复体制作工 | 四级 | **9**月**21**日**9:00-10:30**考试形式：人机对话考试 | **9**月**21**日**13:30-17:00****9**月**22- 24**日**8:00-17:00**考试形式：工作现场模拟操作 |

附件2

各职业报名条件

依据各职业国家职业标准，各职业报名条件如下。

一、健康管理师（三级）

应具备以下条件之一：

1.具有医药卫生专业大学专科以上学历证书。

2.具有非医药卫生专业大学专科以上学历证书，连续从事本职业或相关职业工作2年以上，经三级健康管理师正规培训达规定标准学时数，并取得结业证书。

3.具有医药卫生中等专科以上学历证书，连续从事本职业或相关职业工作3年以上，经三级健康管理师正规培训达规定标准学时数，并取得结业证书。

二、口腔修复体制作工（四级）

应具备以下条件之一：

1.取得本职业初级职业资格证书之后，连续从事本职业工作3年以上，经本职业中级正规培训达规定标准学时数，并取得结业证书。

2.取得本职业初级职业资格证书后，连续从事本职业工作5年以上。

3.连续从事本职业工作7年以上。

4.取得经劳动保障行业行政部门审核认定的、以中级技能为培养目标的中等以上职业学校本职业（专业）毕业证书。

附件3

个人承诺书

本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能鉴定报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，所提供的个人信息、证明材料、证件等均真实准确，如有虚假，愿意接受被取消申报资格、已参加考试则被取消本次考试所有科目成绩、已获得证书则被注销证书数据检索及职业证书资格的处理。

                               承诺人：

                                 年  月  日

附件4

工作年限证明

姓名： ，身份证号： ，现申请参加 （职业/工种） 级职业技能鉴定考试，从事本职业或相关职业工作共 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 |  |  |  |
| 本人知晓本职业（工种）报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守职业技能鉴定报考的有关要求，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本次考试所有科目成绩、已获得证书则被注销证书数据检索及职业证书资格的处理。 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 |

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、此证明仅作报考卫生健康行业职业技能鉴定考试凭据，不作其他用途。

 3、本职业或相关职业是指国家法律或法规允许的医疗服务、社区卫生服务、健康管理、

健康教育、健康咨询、康复指导、健康保险咨询等行业。