

# 鄂州市卫生技术高级职称 评审委员会办公室文件

鄂州卫高评办〔2026〕1号

---

## 关于开展2026年鄂州市卫生技术高级职称 区域评审工作有关事项的通知

各区卫健局、葛店经开区城乡融合发展局、临空经济区经济发展局，市直各医疗卫生单位，企事业所属及民营医院：

根据《关于做好2026年度全省职称评审工作的通知》（鄂职改办〔2026〕35号）和市职改办《关于做好2026年度全市职称评审工作有关事项的通知》（鄂州职改办〔2026〕2号）等文件要求，结合我市卫生健康工作实际，现就2026年度全市卫生技术高级职称区域评审工作有关事项通知如下：

### 一、申报评审范围和对象

（一）2026年度鄂州市卫生技术正、副高级职称申报评

审范围和对象，为在我市经卫生健康行政部门审批注册的各级各类医疗卫生机构中，依法从事医疗卫生、预防保健、药学、护理、医学技术等工作的卫生专业技术人员，按现工作岗位和从事的专业对口申报。

（二）符合申报条件的卫生专业技术人员，申报专业要符合《省职改办关于印发〈湖北省职称评审专业目录〉的通知》（鄂职改办〔2021〕46号）的卫生专业。

（三）以下情形人员不得申报评审职称：

1. 公务员(含参照公务员法管理工作人员)不得申报。
2. 已退休人员不得申报。
3. 受到刑事处罚、政务处分、党纪处分、行政处分等，刑期或处分期(含影响期)未满的不得申报。因涉嫌违纪违法，被纪检监察机关立案审查、留置或被司法机关立案调查期间的不得申报。
4. 记入全省职称失信黑名单，且仍在记录期限的人员。
5. 专业技术人员同一年度不得申报参加两个及以上系列（专业）职称评审，当年同一系列（专业）只能申报评审一次。
6. 工作严重失职，在重大医疗事故中负主要责任，以及在重大公共卫生事件、重大传染病的处置中严重失职，造成恶劣影响的，处分期（含影响期）未满人员。
7. 学历、资历、执业资格、下基层服务经历以及专业技术业绩、科研成果等弄虚作假或剽窃他人成果的，三年内不

得申报。

8. 申报周期内医师定期考核不合格，或未完成相应周期医师定期考核人员。

9. 上一年度或申报年度医务人员不良执业记分 $\geq 12$ 分。

申报后发现上述情形的，审核不予通过；已有评审结果的，评审结果不予确认。

（四）根据《关于下放部分医疗机构职称评审权有关事项的通知》（鄂人社发〔2019〕25号）要求，市中心医院、市中医医院实行自主评审，根据本单位实际制定申报评审条件和量化评分细则，自主组织评审、自主发文办证、自主使用结果，评审结果在本单位内有效。

## 二、申报评审条件

1. 遵守国家法律和法规，贯彻新时代卫生与健康工作方针，自觉践行职业精神，身心健康，具有良好的敬业精神和职业操守。

2. 认真履行岗位职责，努力完成本职工作任务。年度考核为合格及以上等次的，任职年限连续计算；年度考核有基本合格、不合格或不确定等次的，扣除考核基本合格、不合格或不确定等次的年份，任职年限累计计算。任现职以来，近3年内年度考核均为合格以上。

3. 医师、护师类专业技术人员，应依法取得相应执业资格（不含助理医师资格），并按规定进行注册，取得相应执业范围的执业证书。医师执业时间不含助理医师执业时间。

鼓励临床医师晋升公共卫生医师职称。非公共卫生类医师经过国家医师资格考试取得公共卫生类医师资格，并取得公共卫生执业证书的，其非公共卫生类医师与公共卫生医师任职时间及业绩可合并计算。

4. 申报评审的专业，须与现从事的专业技术岗位、执业类别、水平能力测试专业和级别一致或相近。

5. 基层服务、继续教育、水平能力测试及特殊贡献等应符合国家、省里有关规定。其中县级及以上医疗卫生机构，申报参评副主任医师职称的人员，应当有任现职以来由政府或单位派遣的，累计一年以上在县级以下或者对口支援的医疗卫生机构提供医疗卫生服务的经历；县以下医疗卫生机构的专业技术人员晋升副高级职称前必须到上一级医疗卫生机构进行不少于三个月同专业的相关能力培训或进修。申报职称的专业技术人员须完成 2026 年度公需科目学习不少于 30 学时；近五年继续医学教育学分达标情况作为申报职称量化评分的重要依据。

6. 学历资历条件和能力业绩要求按照省人社厅、省卫健委《关于印发〈湖北省卫生系列专业技术职务任职资格申报评审条件（试行）的通知〉》（鄂人社职管〔2022〕9 号）（以下简称《条件》）和《关于做好我省新冠肺炎疫情防控一线专业技术人员职称工作的通知》（鄂职改办〔2020〕40 号）文件规定执行，其中申报人完成任现职以来相关专业类别的工作量，由申报单位提供《2026 年度卫生技术高级职称评审

申报工作量核定表》（附件1）。本条件由市人社局（市职改办）、市卫健委按职责分工负责解释。以往有关规定与本条件不一致的，以本条件为准。

### 三、有关政策要求

（一）申报推荐。实行岗位管理的事业单位，原则上在单位岗位结构比例内按岗推荐。各单位在申报时须提供由事业单位人事管理部门出具的《2026年度事业单位高级职称申报情况核定表》（附件2）。未完成岗位设置的事业单位，视同无空岗对待。

经事业单位人事管理部门审批的卫生系列“双肩挑”人员可申报职称，需提供“双肩挑”审批表，近5年每年在一线从事本专业技术工作时间不少于全年工作时间的三分之一，且达到申报高一级职称聘任年限、相应专业工作量及业绩能力条件。

经省委组织部、省人社厅、省卫健委联合选派或市委组织部选派，参加对口援外、援藏、援疆等援助工作半年以上，且在服务期间参加职称评审的，可不受本单位岗位职数限制进行申报，同时免于水平能力测试，评审时应予以加分或在同等条件下优先考虑；援外医疗队员（1年期及以上）在援外期间及回国1年半内，可提前1年申报高一级职称，量化评审时予以加分，在外工作期间继续教育学分不作硬性要求，在外工作时间可计算为基层服务工作时间。申报须提供相关部门出具的文件和证明材料。

编外人员由用人单位比照本单位同类人员在同等条件下推荐申报，并提交本人与医疗卫生机构签订有效期内聘用合同、岗位聘书。其中，在用人单位有效期内聘用合同、岗位聘用的时间应达到相应岗位规定年限。推荐时在其岗位审核表中注明编外人员。

民营医疗机构聘用人员由用人单位统筹考虑，严格审核把关。推荐申报须提交与用人单位签订在有效期内的聘用合同，以及本人近一年由社保部门出具的在我市缴纳社保的凭证（单位出具无效）。禁止任何聘任人员绕过用人单位通过档案挂靠机构、人才中心或中介机构申报。

新冠肺炎疫情防控一线专业技术人员（以下简称“疫情防控一线专业技术人员”）申报工作，按照省职改办《关于做好我省新冠肺炎疫情防控一线专业技术人员职称工作通知》（鄂职改办〔2020〕40号）执行。疫情防控一线专业技术人员参加职称评审，由所在单位予以审核确定推荐，并在单位内部公示5个工作日。所在单位填写《2026年度疫情防控一线专业技术人员职称评审推荐表》（附件3），经同级卫生健康部门复核后，逐级上报参加评审。贯彻落实省委十一届七次全会精神，按照《省委办公厅、省政府办公厅印发〈关于改革完善疾病预防控制体系的实施意见〉等5个文件的通知》（鄂办发〔2020〕11号）有关要求，对院前急救、公共卫生等专业技术人才职称评审予以适当倾斜。

（二）申报评审专业。申报人员须与现从事的专业技术

岗位、执业类别、水平能力测试专业和级别一致或相近。申报人员现有医师类职称的专业类别与所获得执业医师资格执业类别不一致的，其现有职称可作为申报上一级职称的依据，但所申报职称的专业类别须与医师资格执业类别相一致。

参加全国卫生中级职称考试取得省级合格证的，申报卫生专业副高级职称正常评审时，应重新考试并达到国家合格线后，方可申报。考试取得省级合格证并符合“基层卫生系列专业技术高级职称”申报条件的，可申报“基层卫生系列专业技术高级职称”。

在医学影像等专业技术岗位，具有出具疾病诊断书权限的人员，可以申报医技专业；负责设备维修的，申报医药工程专业。

（三）水平能力测试。水平能力测试成绩合格为申报评审的必要条件，水平能力测试专业，必须与所在专业技术岗位、从事的专业技术工作、申报专业、级别相一致或相近。水平能力测试成绩3年内有效（含当年），其中：申报常规卫生系列专业技术高级职称的，水平能力测试成绩需达到60分以上；申报基层卫生系列专业技术高级职称的，水平能力测试成绩需达到55分以上。疫情防控一线专业技术人员按照鄂职改办〔2020〕40号文件执行，对已参加水平能力测试且获得有效成绩的一线人员，在量化评审时予以适量赋分。

（四）基层服务。基层服务按《条件》文件规定执行。

对未如期完成到基层医疗机构服务工作任务，任何单位或个人不得出具虚假证明，一经查实取消个人参评资格并记入职称失信黑名单，同时追究相关单位责任。2026 年度到基层医疗卫生机构服务的机构要求及服务天数，需符合《关于 2026 年度鄂州市卫生专业技术人员到基层医疗卫生机构服务备案的公示》中明确的备案要求。疫情防控一线专业技术人员按照鄂职改办〔2020〕40 号文件执行。

（五）能力培训。二级及以上医疗机构内科医师晋升副高级职称前，需通过线上、线下等方式完成公共卫生能力培训考核；疾病预防控制中心和急救中心卫生专业技术人员晋升副高级职称前，需通过线上、线下等方式完成必要的临床能力培训考核。

（六）职称外语和计算机。根据《省人社厅关于调整我省专业技术人员职称外语和计算机应用能力政策的通知》

（鄂人社函〔2017〕269 号），职称外语和计算机应用能力考试成绩不作为申报评审的前置必备条件。对申报人员提供的能反应其外语、计算机能力水平的证书、应用成果等皆可作为评价要素，在量化评审时予以适量赋分。

（七）破格。不具备规定学历条件，但临床（专业）业绩特别突出，临床（专业）或新技术应用上有重大突破，为医疗卫生事业做出重大贡献的专业技术人员，达到规定聘任年限后，经本市 2 名相同专业正高级专家推荐，所在单位公示无异议后，逐级报卫生健康行政部门审核，市人社（职

改)部门核准后,可以破格申报。破格人员近3年内年度考核须有1次以上优秀。

#### (八)转评。

1.跨职称系列。取得非卫生系列任职资格,申报卫生系列专业技术职称的,应先通过国家考试取得卫生专业相应中级职称,且从事卫生专业工作时间、聘任时间、工作量和作业绩达到本条件要求的相应卫生专业技术职务任职条件要求,可以逐级转评卫生系列专业技术职务,但原系列(专业)职称任职时间不合并计算。医、药、护、技逆向转评或医学研究类转评卫生系列的,按此条执行。

2.卫生系列内部跨专业。取得卫生系列专业技术职务,因岗位变动,可以实行医、药、护、技顺向转评。在新的专业技术岗位上工作满1年以上,经考核合格,达到规定的条件后,可申报晋升现岗位专业上一级职务,通过考试取得的卫生中级职称,在顺向转评时,可不再要求考试取得新岗位中级职称。晋升上一级职务任职资格时,原卫生专业的专业技术职务任职年限可以合并计算,原与卫生专业关联度较高的工作业绩可作为晋升依据。

#### (九)持续优化薄弱专科及全科医师评审标准

鼓励医务人员积极参与病理、儿科、麻醉、精神卫生、感染等薄弱专科的远程医疗活动,视同下基层帮扶;对长期在临床一线和艰苦岗位工作的薄弱专科医务人员,职称评审中优先推荐。

全科医生取得中级职称后，在农村基层连续工作满 10 年且业绩突出的，由单位在岗位结构比例内优先推荐，高级职称评审委员会直接认定副高级职称。认定的副高级职称仅限于基层范围内使用。取得“全科医学”专业正、副高级职称后，继续在县级及以下医疗卫生机构工作者，同等条件下优先聘任。

（十）报送论文、科研的要求。根据《关于进一步加强在卫生职称评聘和有关工作评价中“破四维、立新标”的通知》（国卫办人函〔2026〕150 号）要求，职称评审突出业绩水平和实际贡献，破除唯论文、唯学历、唯奖项、唯“帽子”倾向。科研基金、论文篇数不再作为评审前置条件和评审直接依据，仅作为评价要素，在量化评审时予以适量赋分。

申报人员提交的论文最多不超过 6 篇，申报者应择优报送本人本专业的论文，非本专业论文和奖励、基础性研究论文、著作主编或参编著作、个案报道、综述、科普性文章等不作为评审论文对待，不计入量化评分。

在市级及以上学会学术交流、宣讲的学术论文以及将国内外最新技术应用于临床实践、面向基层进行新技术推广运用可作为评价要素，在量化评审时予以适量赋分。

（十一）任期内个人获得的表彰奖励证明材料。仅限县（市、区）级及以上各级党委政府或党委政府行政管理部门颁发的对申报个人思想政治素质方面的奖励，不包括协会发奖、单位表彰、团体获奖、文体演讲获奖、提案获奖等。

（十二）师导教学。师导教学水平能力作为申报卫生技术高级职称必备条件，应符合《条件》规定的师导教学条件。晋升周期内，带教本专业下级专业技术人员不少于 2 名。晋升正高级每年开展新技术、新知识专题讲座或授课不少于 3 次；晋升副高级每年开展新技术、新知识专题讲座或授课不少于 2 次。

（十三）工作量的要求。业务工作量作为申报卫生技术高级职称必备条件。应达到《条件》所规定的最低工作量要求。

（十四）按国家规定必须取得执业资格的医疗、护理专业，均应取得相应资质，并在我市执业注册。其资格、年限应符合规定的年限要求。

（十五）关于时间的计算。任职年限按满实足年限计算，计算时间截止到 2026 年 12 月 31 日。业绩成果、论文等业绩材料，均应是聘任现职以来所取得，所涉及时间的计算均按满实足年限计算，计算时间截止到 2026 年 10 月 14 日。即论文、奖项、科研成果等业绩材料必须是受理材料截止时间之前取得，之后取得的视为无效。

学历（学位）证书上注明“全日制”“脱产”字样的，归为全脱产类学历，此类学历人员聘期须减去学习时间（能提供在职证明材料的除外）；学历（学位）证书上注明“在职”“函授”字样的，归为在职类学历，此类人员聘期不受影响。

申报基层卫生类条件中执业医师或执业助理医师从事专业工作时间可以从取得执业助理医师执业证书算起；申报正常评审医师类职称的专业工作时间从取得医师执业证书算起，不含执业助理医师执业时间。从事专业工作时间为有效执业时间，间断或中止执业时间不计算在内。

（十六）任职资格的取得，必须经过个人申报、单位推荐公示、各级审核、评委会评审、结果公示、发任职资格文件等环节，其中任何一个环节发现问题，任职资格都将不予确认。

（十七）医院（疾控中心）以外的其他医疗卫生机构的卫生专业技术人员的职称申报。自 2019 年起，公立医院事务中心、卫生界学会办公室中具有医学背景的且在专业技术岗位上工作的卫生专业技术人员，可归口申报评审健康教育或公共卫生等专业。其他医疗卫生机构按单位所设专业技术岗位的职责要求申报相应专业技术职称。公立医院事务中心、卫生界学会办公室专业技术人员原来通过考试或评审取得的卫生管理职称，转评时，聘任年限可合并计算。其他医疗卫生机构管理人员考试或评审取得的卫生管理职称，转评时，聘任年限不合并计算。

#### **四、有关程序和要求**

（一）严格申报程序和要求。2026 年申报卫生技术高级职称的，仍采取网络申报与纸质申报相结合的方式进行。专业技术人员应根据申报评审条件如实填报个人学历、从业经

历和任现职以来的业绩成果，签订诚信承诺书，并报送至用人单位。申报人员申报材料网上审核通过后，将纸质材料交由市卫健委集中上报，纸质材料报送全过程要逐级审核、签字、盖章。凡不如实填报个人信息、弄虚作假的，一经查实撤销资格并记入职称诚信系统；未按规定时间完成网上申报或申报时提交材料不全的，由个人承担相应责任。

（二）严格推荐程序和要求。用人单位对推荐环节负主要责任。受理申报人员材料后，用人单位应根据职称政策、评审条件和单位实际，对申报人员的职业操守、能力业绩及成果贡献等进行全面考核，注重向一线岗位倾斜，根据岗位情况优先推荐正常履行岗位职责的已聘人员。

用人单位推荐时，应做到职称政策、推荐人数、业绩材料、推荐程序和推荐结果等事项公开，推荐结果须在单位公示不少于 5 个工作日。经公示无异议后，用人单位出具“申报人员工作岗位符合申报条件规定，个人信息和业绩材料已经审核，均真实有效，同意上报”的推荐意见，报送同级卫生健康行政主管部门审核。凡用人单位未按程序和要求组织推荐的，将退回个人申报材料并责令整改，相关程序和要求履行到位后方可推荐申报；用人单位协助申报人员弄虚作假的，一经查实取消申报人员资格，并将相关问题移交主管部门查处。

（三）严格审核程序和要求。市人社局（市职改办）、市卫健委负责审核环节工作。其中，市卫健委对全市医疗卫

生机构推荐过程进行监管，负责审核岗位职数、申报人员学历、资历以及业绩材料和疫情防控一线医务人员身份，并提交市人社局（市职改办）；市人社局（市职改办）对岗位职数、破格、转评、“双肩挑”等办理手续和疫情防控一线医务人员身份进行复核。凡用人单位和各区人社局（职改办）、卫健局审核把关不严的，一律将材料退回重新审查；凡各级部门在审核中玩忽职守，出现重大审查失误的，将在全市范围内通报。

（四）建立倒查追责机制。2026 年，卫生技术高级职称评审实行评前拟评对象和评审结果双公示，即申报人员的申报材料在市职改办审核通过后，在市人社局、市卫健委网站进行公示；评审结果在市人社局、市卫健委网站同时公示。对在推荐、申报、评审过程中出现的违纪违规现象，省、市职改办将视情节轻重进行通报，并将有关违纪线索通知相关部门进行严肃处理。凡在申报时提供虚假材料，一经查实，3 年内（不含当年）不得参加职称评审，对已取得的任职资格予以撤销；对审核不严或帮助申报者弄虚作假的单位或个人，将依纪依规追究相关人员的责任。

## **五、评审材料受理起止时间**

卫生技术高级职称评审采取网上系统申报（<https://hbzcgl.hb12333.com/zcsh/app/home.html>）和纸质材料同时申报。申报受理时间截止后，一律不再开通申报渠道。

### （一）个人申报（截至10月14日17:00）

申报人员经本单位人事部门审核同意后，登录“湖北省专业技术人员职称评审管理信息系统”，通过个人申报端入口，在网上完成个人账户注册并填报个人数据，推送至单位审核。审核通过，使用系统打印《任职资格申报人员综合材料一览表》，并向本单位主管部门报送纸质材料。

### （二）单位审核（截至10月15日17:00）

职称申报材料实行“谁审核、谁签名；谁签名、谁负责”的原则。申报人员所在单位是申报材料的推荐单位，重点审核报送材料的真实性及申报条件。推荐单位是资格条件和申报材料审核的第一责任人，实行首问负责制。

推荐单位用分配的账号密码登录系统对申报人申报材料进行审核，按管理权限将申报人材料推送到上一级主管部门。

### （三）集中报送（10月8日至10月16日）

各区卫健部门、市直各单位负责将审核通过的申报材料集中报送市卫生系列专业高评办。同时，将逐级审核签字盖章的纸质申报材料（必须与网上申报材料和审核情况一致），集中报送市卫生系列专业高评办。

各单位应当对申报人员的工作岗位、申报条件等进行严格审核，市卫生系列专业高评办对审核不严、手续不完整、不符合申报要求以及报送的纸质申报材料与网上申报材料不一致的将不予受理。

#### （四）资格初审及复审（10月19日至10月23日）

市卫健委负责资格初审工作，市人社局负责复审工作。重点审核申报人员基础条件、破格、转评、事业单位岗位空缺、“双肩挑”人员的相关手续等，对不符合申报条件和申报程序的申报材料，及时按原报送渠道退回并一次性告知退回原因。

收费标准按省财政厅、物价局有关规定执行，高级职称评审费每人300元，报送纸质材料时一并缴纳。

联系方式：市卫健委人事教育科      027-60660804

临时QQ群：1108725357

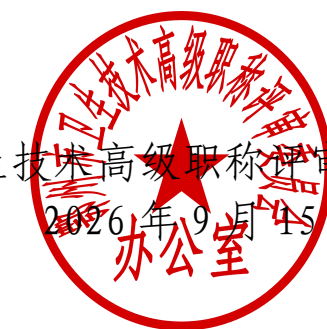
#### 附件：

1. 任现职以来完成规定工作量核定表
2. 2026年度事业单位高级职称申报情况核定表
3. 2026年度疫情防控一线专业技术人员职称评审推荐表
4. 个人申报专业技术任职资格诚信承诺书
5. 单位审核及公示证明
6. 单位公示公告模板
7. 申报职称学历、学位查验表
8. 病案材料扫描证明
9. 新项目新技术开展情况统计表
10. 申报人员医德医风情况评价报告

11. 职称水平能力测试免试审批表
12. 任现职以来师导教学水平核定表
13. 师导教学情况证明
14. 破格人员资格审查表
15. 专业技术职务转评（转评晋升）审核表
16. 基层服务情况证明
17. 2026 年度卫生系列评审材料清单

鄂州市卫生技术高级职称评审委员会办公室

2026 年 9 月 15 日



## 附件 1

## 2026 年度卫生技术高级职称评审申报工作量核定表

|                                                                              |  |      |                          |           |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|------|--------------------------|-----------|--|
| 姓名                                                                           |  | 性别   |                          | 出生年月      |  |
| 民族                                                                           |  | 学历   |                          | 政治面貌      |  |
| 工作单位                                                                         |  |      |                          | 现从事专业     |  |
| 专业技术职务聘任时间                                                                   |  |      |                          | 拟申报专业技术职务 |  |
| 根据《湖北省卫生系列专业技术职务任职资格申报评审条件（试行）的通知》（鄂人社职管〔2022〕9号）第五条，本人完成任现职以来本专业规定的工作量累计如下： |  |      |                          |           |  |
| 专业类别                                                                         |  | 评价项目 |                          | 单位        |  |
|                                                                              |  |      |                          |           |  |
|                                                                              |  |      |                          |           |  |
|                                                                              |  |      |                          |           |  |
|                                                                              |  |      |                          |           |  |
|                                                                              |  |      |                          |           |  |
| 合计工作量                                                                        |  |      |                          |           |  |
| 科室负责人签字：<br>年    月    日                                                      |  |      | 单位审核(盖章)：<br>年    月    日 |           |  |

备注：工作量要求为任现职以来《湖北省卫生系列专业技术职务任职资格申报评审条件（试行）的通知》附件资料。

## 附件 2

# 2026 年度事业单位高级职称申报情况核定表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

|                              |        |                                                                                              |     |     |
|------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
|                              |        | 合 计                                                                                          | 正 高 | 副 高 |
| 设岗情况                         |        |                                                                                              |     |     |
| 已聘情况（不含“双肩挑”）                |        |                                                                                              |     |     |
| 待聘情况                         |        |                                                                                              |     |     |
| 空岗情况                         |        |                                                                                              |     |     |
| 申报<br>情况                     | 空岗申报   |                                                                                              |     |     |
|                              | 不占岗位申报 |                                                                                              |     |     |
| 申报人员<br>姓名及专业                |        | --                                                                                           |     |     |
| 主管部门<br>审核意见                 |        | <div style="text-align: right;">（盖章）</div> <div style="text-align: right;">年    月    日</div> |     |     |
| 人社事业<br>单位人事<br>管理部门<br>审核意见 |        | <div style="text-align: right;">（盖章）</div> <div style="text-align: right;">年    月    日</div> |     |     |

备注：1. 此表由用人单位填报，并加盖公章。2. 设岗情况为人社事业单位人事管理部门批复调整的岗位数量；已聘情况为现已经聘任到专业技术岗位的人员数量；待聘情况为所有取得职称未聘到相应职级的人员数量；空岗情况为单位实际空缺的岗位数量；申报情况中的空岗申报为按照空岗申报原则申报的人员数量，不占岗位申报为按照规定不占岗位申报的人员数量。3. 各地区各部门可结合实际，对本表格进行适当调整。

附件 3

## 2026 年度疫情防控一线专业技术人员 职称评审推荐表

|                      |                                                                                |                |                 |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 姓名                   |                                                                                | 申报单位           |                 |
| 现任专业技术职务             | XX 系列 XX 专业资格名称                                                                | 申报系列<br>(专业)资格 | XX 系列 XX 专业资格名称 |
| 防疫期间基本情况             | XX 年 XX 月 XX 日-XX 年 XX 月 XX 日 在 XX 单位 XX 岗位从事疫情防控中的工作量 XX 以及天数。描述抗疫表现、工作成果和贡献。 |                |                 |
| 申报单位<br>审核意见         | 签字人 (盖章):<br><br>年 月 日                                                         |                |                 |
| 卫健委<br>审核意见          | 签字人 (盖章):<br><br>年 月 日                                                         |                |                 |
| 人社局<br>(职改办)<br>审核意见 | 签字人 (盖章):<br><br>年 月 日                                                         |                |                 |

附件 4

## 个人申报专业技术任职资格诚信承诺书

本人系                      （单位）工作人员，现申报  
（专业技术任职资格）。

本人承诺所提交的所有申报评审资料（包括学历、职称、考试、奖励证书及论文、业绩证明等材料）均为真实。如提供虚假、失实的申报资料，本人自愿三年内停止申报任职资格，并接受政府人社职改部门的处理。

承诺人签名：

年    月    日

## 附件 5

# 单位审核及公示证明

本年度有\_\_\_\_\_等\_\_\_\_名同志申报参加评审，现同意推荐本单位\_\_\_\_\_等\_\_\_\_名同志申报卫生技术高级职称评审。其所有申报材料已经本单位审查，真实可信。《专业技术职务任职资格申报人员综合一览表》等基本材料已在本单位公示 5 个工作日内。

申报人员名单：

| 序号    | 姓名   | 所在科室 | 申报专业 | 申报级别 | 是否推荐 |
|-------|------|------|------|------|------|
| 1     | 张 XX | 妇科   | 妇科   | 主任医师 |      |
| ..... |      |      |      |      |      |

审核责任人名单：

| 审核人    | 所在部门  | 审核内容                |
|--------|-------|---------------------|
| 例：张 XX | 人力资源部 | 身份信息、岗位信息、年度考核..... |
| 李 XX   | 病案室   | 5 份病例.....          |
| 王 XX   | 监察室   | 医德医风评价报告.....       |
| ....   |       |                     |

群众代表签字（3 名以上）：

单位（公章）：

年 月 日

附件 6

## 关于对\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_位同志晋升 高级职称申报材料进行公示的公告

我单位\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_位同志，申请晋升卫生技术正高级职务任职资格；\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_位同志，申请晋升卫生技术副高级职务任职资格，现将其申报材料的主要项目予以公示，公示期限为 5 个工作日，从\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

群众如认为其材料与实情不符，请反映到（本单位人事、纪检部门）予以调查核实；如确有凭据，也可直接写信向上级卫生健康主管部门或人社（职改）部门举报。

上级卫生健康主管部门或人社（职改）部门地址：

市卫生高评办（市卫健委）地址：鄂州市滨湖南路 66 号

邮编：436000 联系电话：027-60660804

市职改办（市人社局）地址：鄂州市鄂城区滨湖南路 105 号

邮编：436000 联系电话：027-60358472

特此公告

附：被公示人员《专业技术职务任职资格申报人员综合一览表》

公示单位名称

年 月 日

附件 7

申报职称学历、学位查验表

|              |                 |      |      |      |  |
|--------------|-----------------|------|------|------|--|
| 姓名           |                 | 毕业学校 |      | 学历层次 |  |
| 专业名称         |                 |      | 毕业时间 |      |  |
| 学历学位<br>证书编号 |                 |      |      |      |  |
| 推荐单位<br>核查情况 | 核查人签字：<br>年 月 日 |      |      |      |  |
| 复核情况         | 复核人签字：<br>年 月 日 |      |      |      |  |

说明：

- 1. 高等教育毕业生的学历查询，由申报人员所在单位、主管部门通过“证书编号”在“中国高等学校学生学籍学历信息管理系统”查验。
- 2. 高等教育毕业生的学历、学位，须提供由学信网下载的 2026 年 12 月 31 日前有效的教育部学历证书电子注册备案表、学位在线验证报告。
- 3. 市职改办对学历查验情况进行抽查。

附件 8

病案材料扫描证明

本次职称评审提交的病案系我院病案室存档病案，其扫描件经审核，材料完整，内容均为原始病案扫描。病案信息如下：

| 申请人    | 病例份数 | 住院号    | 扫描人 |
|--------|------|--------|-----|
| 例：李 XX | 2    | ... .. |     |
| ... .. |      |        |     |
|        |      |        |     |

病案室审核负责人（签字盖章）：

日期：

附件 9

新项目新技术开展情况统计表

|                             |  |        |  |      |  |
|-----------------------------|--|--------|--|------|--|
| 项目名称                        |  |        |  |      |  |
| 开展科室                        |  | 项目参加人员 |  | 本人角色 |  |
| 开展时间                        |  | 开展例数   |  | 开展成本 |  |
| 临床效果<br>(包括治愈率、经济效益、社会效益等)  |  |        |  |      |  |
| 存在不足<br>(包括有无并发症、合并症、不良反应等) |  |        |  |      |  |
| 单位评价意见                      |  |        |  |      |  |

所在科室审核负责人（签字）：

日期：

申报人员医德医风情况评价报告

|      |                                                                                                                                                                        |    |  |      |  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|------|--|
| 姓名   |                                                                                                                                                                        | 科室 |  | 申报职称 |  |
| 总体表现 | <div>1. 思想品德（包括政治表现、社会公德、职业道德等）</div> <div>2. 遵章守纪（包括劳动纪律、从业规范、廉洁自律等）</div> <div>3. 优质服务（包括工作态度、患者反馈等）</div> <div>4. 集体责任（包括为医院或科室所做贡献、解决问题等）</div> <div>5. 其他方面</div> |    |  |      |  |
| 正面表现 | 患者感谢信、上交红包、媒体宣传等情况                                                                                                                                                     |    |  |      |  |
| 负面表现 | 医疗事故、患者投诉、收受回扣或红包等情况                                                                                                                                                   |    |  |      |  |

纪检监察部门审核负责人（签字盖章）：

日期：

附件 11

# 水平能力测试免试审批表

|                       |  |     |  |       |         |     |  |
|-----------------------|--|-----|--|-------|---------|-----|--|
| 姓 名                   |  | 性 别 |  | 出生 年月 |         | 单 位 |  |
| 现有职称及获得 时间            |  |     |  |       | 拟申报专 业职 |     |  |
| 何时何校何专业毕业及学制          |  |     |  |       |         |     |  |
| 符合何 种免试 条件及 提供的 证明名 称 |  |     |  |       |         |     |  |
| 所在单 位人事 职改部 门意见       |  |     |  |       |         |     |  |
| 主管部 门审核 意见            |  |     |  |       |         |     |  |
| 上级人 事职改 部门审 批意见       |  |     |  |       |         |     |  |

注：①审批人必须附有个人免试证明材料；  
②按职称管理权限审批  
③无此审批表，各评委会不得受理。

## 附件 12

## 任现职以来师导教学水平核定表

|                             |  |    |                              |               |    |
|-----------------------------|--|----|------------------------------|---------------|----|
| 姓名                          |  | 性别 |                              | 出生年月          |    |
| 民族                          |  | 学历 |                              | 政治面貌          |    |
| 工作单位                        |  |    |                              | 现从事专业         |    |
| 专业技术职务聘任时间                  |  |    |                              | 拟申报专业<br>技术职务 |    |
| 内容                          |  |    |                              |               | 数量 |
| 新技术、新知识专题讲座或授课              |  |    |                              |               |    |
| 国家级继续医学教育项目                 |  |    |                              |               |    |
| 省级继续医学教育项目                  |  |    |                              |               |    |
| 市级继续医学教育项目                  |  |    |                              |               |    |
| 带教下级（下级医师、进修生、规培生、助培生实习生）   |  |    |                              |               |    |
| 科室负责人签字：<br><br>年    月    日 |  |    | 单位审核(盖章)：<br><br>年    月    日 |               |    |

## 师导教学情况证明

本次职称评审提交的师导教学证明材料经我单位审核真实无误，其基本情况如下：

申请人：                      类别：☐ 医师 ☐ 药师 ☐ 护师 ☐ 技师

例：1. 担任教学主任 2 年，教学管理活动考核合格；

2. 为本专业下级（含同级）卫生专业技术人员（包括实习生、进修生等）开展新技术、新知识专题讲座或授课。2026 年 次，2025 年 次，2024 年 次，2023 年 次，2022 年 次，2021 年 次；

... ..

10. 带教本专业下级职称人员 2 名，带教时间 3 年，期间均无（有）不良行为，且业务考核合格（不合格）。

11. 申请人无教学事故发生。

经审核，申请人符合/不符合申报卫生专业技术高级职称师导教学所具备的条件。

审核人：

复核人：

主管教学科室负责人：

（盖章）

2026 年      月      日

（请结合评审条件、评分要点对照申报人员师导教学实绩据实填写）

附件 14

破格人员资格审查表

系列专业

|                           |  |               |  |                      |  |                   |  |              |  |    |  |
|---------------------------|--|---------------|--|----------------------|--|-------------------|--|--------------|--|----|--|
| 姓名                        |  | 性别            |  | 出生年月                 |  | 政治面貌              |  |              |  |    |  |
| 单位                        |  |               |  | 行政职务                 |  |                   |  |              |  |    |  |
| 现从事<br>专业技术<br>工作         |  | 本专业<br>工作年限   |  | 现任何专业<br>技术职务及<br>等级 |  | 任职<br>时间          |  |              |  |    |  |
| 基础学历                      |  | 何时何校<br>何专业毕业 |  | 最高<br>学历             |  | 何时何<br>校何专<br>业毕业 |  | 学制           |  | 学位 |  |
| 现申报何<br>专业技术<br>职务        |  | 近三年年度<br>考核情况 |  | 外语<br>情况             |  | 计算机<br>情况         |  | 水平能力测<br>试情况 |  |    |  |
| 破格条件:(对照破格条件填写,并注明证件或证明人) |  |               |  |                      |  |                   |  |              |  |    |  |

注:要附能证明破格人员能力、水平和业绩的证明原件(复印件必须经单位、主管部门和政府职改部门各级审验盖章)。

|            |                                                                     |  |            |                                                                     |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------|--|------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| 个人任期内业务总结： |                                                                     |  |            |                                                                     |  |
| 申报单位意见     | <div></div> <div>           盖 章<br/>           年 月 日         </div> |  | 主管单位意见     | <div></div> <div>           盖 章<br/>           年 月 日         </div> |  |
|            |                                                                     |  |            |                                                                     |  |
| 同级职改部门意见   | <div></div> <div>           盖 章<br/>           年 月 日         </div> |  | 上级职改部门审批意见 | <div></div> <div>           盖 章<br/>           年 月 日         </div> |  |
|            |                                                                     |  |            |                                                                     |  |

破格条件（续页）：

附件 15

专业技术职务转评（转评晋升）审核表

|                             |  |               |              |      |              |      |  |
|-----------------------------|--|---------------|--------------|------|--------------|------|--|
| 姓名                          |  | 性别            |              | 出生年月 |              | 政治面貌 |  |
| 单位                          |  |               |              |      |              |      |  |
| 基础学历                        |  | 何时何校<br>何专业毕业 |              |      |              |      |  |
| 最高学历                        |  | 何时何校<br>何专业毕业 |              |      |              |      |  |
| 现有职称                        |  |               | 现有职称<br>获得时间 |      | 拟改报何<br>专业职务 |      |  |
| 按照规定<br>符合转评<br>专业申报<br>的条件 |  |               |              |      |              |      |  |
| 所在单位<br>意见                  |  |               |              |      |              |      |  |
| 省直主管<br>部门或市<br>州职改办<br>意见  |  |               |              |      |              |      |  |

注：按人事管理权审核。

附件 16

基层服务情况证明

经统计并审核，\_\_\_\_\_（单位）\_\_\_\_\_（姓名）在其  
晋升周期内，基层服务情况如下：

| 年度   | 起止日期 | 服务点 | 服务天数 | 服务类型<br>(共 4 类) |
|------|------|-----|------|-----------------|
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
|      |      |     |      |                 |
| 累计天数 |      |     |      |                 |

数据统计人：

审 核 人：

单位负责人：

(盖章)

年      月      日

## 2026 年度卫生系列评审材料清单 (分基本材料、综合材料、专业材料)

### 一、基本材料 (原件或盖章复印件)

1. 《卫生技术个人综合材料一览表》5 份 (填写表格, 由单位、区卫健部门盖章。1 份装订, 4 份单独存放)。

2. 个人业务总结一份。

3. 非在编人员未参加岗位设置的医疗卫生单位、民营医疗机构:

(1) 在我市缴纳社保的凭证。

(2) 与单位签订有效期内聘用合同、岗位聘书。

注: 有效期内聘用合同、岗位聘用指申报人在用人单位应达到相应岗位规定年限。

4. 《事业单位人员岗位聘用审批表》、《2026 年度事业单位高级职称申报情况核定表》(附件 2)、专业技术职务任职资格证书、聘任证书。

5. 诚信承诺书等 (附件 4)。

6. 用人单位公示证明 (附件 5、6)。

7. 申报职称学历、学位查验表 (附件 7), 学历 (学位) 证书、教育部学历证书电子注册备案表、学位在线验证报告, 执业资格证书。

8. 外语、计算机、水平能力测试合格证 (截图打印)。

9. 免试表（附件 11）、破格表（附件 14）、转评审批表（附件 15）。

10. 机关调入事业单位、海外引进、非国有单位证明。

11. 2021 年-2025 年《事业单位工作人员年度考核登记表》。

12. 任现职以来师导教学水平核定表（附件 12）、师导教学情况证明（附件 13）。

**其中，以下资料需报送原件：**

1. 专业技术职务任职资格评审表（网上生成 2 份，正反打印）

2. 专业技术资格证书

3. 医师资格证书（含执业医师注册证）

4. 护士执业资格证书

5. 外语合格证书

6. 计算机合格证书

## **二、综合材料**

1. 单位出具的基层服务证明（附件 16；申报表、记录表、考核鉴定表；对应 4 类，分类出具，3 次以上不同季度基层服务值排班、诊疗等记录）

2. 继续医学教育学分审验表、继续教育证。

3. 二级及以上医疗机构，单位出具内科医师晋升高级职称前，线上或线下等方式完成公共卫生能力培训考核证明。疾病预防控制中心和急救中心卫生专业技术人员，单位出具线上或线下等方式完成的临床能力培训考核合格证明。

4. 区以下医疗机构卫生专业技术人员晋升高级职称的进修

证，3 次以上值排班、诊疗学习、考核评价等进修记录。

5. 县级及以上党委政府、人社部门、卫健部门对参评对象的思想政治素质、专业能力等方面奖励（不包括妇联、工会、共青团及其他部门的表彰、单位获奖、社会组织获奖、团体获奖、文体获奖，演讲、论文、提案获奖等）。

6. 援外、援疆、援藏证明材料。

7. 反映卫生专业技术人员专业技术水平和能力的临床、科研相关材料（如科研成果、发明专利等）。

8. 卫生专业技术类获奖证书，参与新项目推广的相关证明材料，申报科研并重型的提供科研相关证明（项目开展的批复文件等）。

9. 其他材料，其中论文需附检索页、论文封面、目录、正文、封底复印件以及网络检索页截图（SCI 文章要求有检索证明，检索证明上标明分区及影响因子）及相关学术成果。

### **三、专业材料**

根据《条件》对应要求整理。

#### **（一）通用卫生系列正高级职称**

##### **1. 临床、口腔、中医类主任医师**

将病案作为评价载体，采取随机抽取与个人提供相结合的方式，提供 5~10 份申报人主治或者主持的、能够反映其专业技术水平的病案。

##### **2. 公共卫生主任医师**

略

### 3. 主任药师

提供近 3 年内经所在单位医疗管理部门论证、审核的每年 5 份问题处方的讨论、处理意见或报告。参与开发新剂型，能将新技术应用于临床实践 2 项以上。

### 4. 主任护师

略

### 5. 主任技师

(1) 临床类技师每年参与对疑难病症讨论不少于 5 次，提供近 3 年内经所在单位管理部门论证、审核的每年 3 份解决疑难病症讨论、报告分析的材料，并提供 5~10 份能够反映其专业技术水平的检查报告。

(2) 公共卫生类技师每年参与检验、监测和公共卫生事件处置等分析总结不少于 5 次，并提供晋升周期内经所在单位管理部门论证、审核的 3 份解决复杂、重大技术问题的分析材料和提供 5~10 份能够反映其专业技术水平的检验、监测和公共卫生事件处置等报告。

## (二) 通用卫生系列副高级职称

### 1. 临床、口腔、中医类副主任医师

任现职近 3 年内甲级病历达 90%及以上（由医院），将病案作为评价载体，采取随机抽取与个人提供相结合的方式，提供 5~10 份申报人主治或者主持的、能够反映其专业技术水平的抢救、死亡或疑难病案。

### 2. 公共卫生副主任医师

每年参加专题项目、专题工作不少于 1 项，并单独撰写或参与撰写书面专题工作总结报告 2 份（前 2 名完成人）。

### 3. 副主任药师

近 3 年内经所在单位医疗管理部门论证、审核的每年 3 份解决疑难病症讨论或处方点评的材料。

### 4. 副主任护师

略

### 5. 副主任技师

（1）临床类技师每年参与医疗报告的分析总结不少于 5 次，并提供近 3 年内经所在单位管理部门论证、审核的每年 3 份解决疑难病症讨论、报告分析的材料和提供 5～10 份能够反映其专业技术水平的检查报告。

（2）公共卫生类技师每年参与检验、监测和公共卫生事件处置等分析总结不少于 5 次，并提供晋升周期内经所在单位管理部门论证、审核的 3 份解决复杂、重大技术问题的分析材料和提供 5～10 份能够反映其专业技术水平的检验、监测和公共卫生事件处置等报告。