

湖北省卫生和计划生育委员会

湖北省卫生计生委关于开展 2017 年度 全国医用设备使用人员业务 能力考评工作的通知

各市、州、县卫生计生委（局），部省属医疗卫生计生单位，
在鄂部队医院：

根据国家卫生计生委规划司《关于做好2017年度全国医用设备使用人员业务能力考评工作的通知》（国卫规划基装便函〔2017〕61号）精神，按照公平、公正、规范、自愿和免费的原则，医用设备使用人员自愿报名参加2017年度全国医用设备使用人员业务能力考评，不收取任何费用，考评内容、范围与2016年要求相同。我省考务工作由湖北省卫生计生委器械装备管理中心承担，现将有关事项通知如下：

一、考评专业及代码

专业代码	考评专业全称	考评专业简称
11	X线电子计算机断层扫描装置(CT)医师	CT 医师
12	X线电子计算机断层扫描装置(CT)技师	CT 技师
21	医用磁共振成像装置(MRI)医师	MRI 医师
22	医用磁共振成像装置(MRI)技师	MRI 技师
24	乳腺X线摄影装置技师	乳腺技师
31	眼科准分子激光治疗装置(PRK/LASIK)医师	PRK/LASIK 医师

专业代码	考评专业全称	考评专业简称
32	眼科准分子激光治疗装置(PRK/LASIK)技师	PRK/LASIK 技师
41	医用直线加速器(LA)医师	LA 医师
42	立体定向放射治疗装置(X刀、 γ 刀)技师、医用直线加速器(LA)技师	{LA、(X 刀、 γ 刀)} 技师
43	立体定向放射治疗装置(X刀、 γ 刀)物理师、医用直线加速器(LA)物理师	{LA、(X 刀、 γ 刀)} 物理师
51	彩色多普勒超声诊断装置(CDFI)医师	CDFI 医师
52	彩色多普勒超声诊断装置(CDFI)技师	CDFI 技师
61	立体定向放射治疗装置(X刀、 γ 刀)医师	X 刀、 γ 刀医师
72	800毫安以上数字减影血管造影X光机(DSA)技师	DSA 技师
81	核医学影像装置(NMI, 包括SPECT, PET)医师	核医学医师
82	核医学影像装置(NMI, 包括SPECT, PET)技师	核医学技师
83	核医学影像装置(NMI, 包括SPECT, PET)物理师	核医学物理师
84	核医学影像装置(NMI, 包括SPECT, PET)化学师	核医学化学师

二、时间安排及有关要求

序号	时间安排	起止日期	方式和有关要求等
1	网上报名时间	2017年7月20日至8月3日止	考生登录中国卫生人才网(www.21wecan.com)进行网上报名。每名考生只能报考一个专业。本次考评无现场报名。
2	报名材料接收	2017年7月21日至8月7日止	考生网上信息提交成功后, 必须在8月7日前将所需所有纸质报名材料快递到指定接收地址。超过规定截止时间考区不进行报名确认和资格审核。
3	审核结果查询	2017年8月16日起	考生登录中国卫生人才网查询。
4	准考证打印	2017年9月12日至9月22日止	资格审核通过的考生登录中国卫生人才网下载打印。
5	考评日期及时间	2017年9月23日	9:00~11:00 14:00~16:00
6	成绩查询	考后2个月内	考生凭本人准考证号和有效证件号登录中国卫生人才网查询。
7	考评成绩合格证明发放	另行通知	考评合格的考生登录湖北省卫生计生委网站(www.hbwsjs.gov.cn)公示公告栏查询。

三、报名材料提交及资格审核

（一）报考人员

提交材料如下：

1. 2017 年度全国医用设备使用人员业务能力考评报名表（报名系统打印，报名表须本人签字确认，手写联系方式）；
2. 本人身份证明（二代身份证或军官证）复印件；
3. 报考医师类的《医师执业证书》复印件；
4. 职称证复印件
5. 毕业证书复印件；
6. 工作证明。

备注：以上所有材料（均为 A4 幅面）按顺序装订，交考生所在单位人事部门审查，签属意见后盖章。

各单位和报考考生需保证材料的真实性和完整性，一旦发现弄虚作假者，取消考评资格。

（二）考区审核

考区工作人员在 2017 年 8 月 15 日前完成报名确认和资格审核工作。

四、报名材料接收地址及联系方式

邮政编码：430079

地 址：武汉市洪山区卓刀泉北路 2 号省卫生计生委 B 座
401 室

收件人：湖北省卫生计生委器械装备管理中心

电子邮箱：hbswstzbc@163.com

联系人：唐家亮 潘 敏

联系电话：027—87306236（兼传真）

五、其他

因本次考评工作安排时间紧，请各市、州、县卫生计生委(局)将此文件尽快转发到辖区内所属医疗卫生计生单位，并组织好报名等相关工作。

- 附件：1. 2017 年度全国医用设备使用人员业务能力考评
报名表
2. 工作证明



附件 1

2017 年度全国医用设备使用人员 业务能力考评报名表

网报号:

注册用户名:

验证码:

确认考区:

基本情况	姓 名		性 别		相 片 (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			省级卫生计生行政部门 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, 一旦确认不得更改。

附件 2

工 作 证 明

兹有我单位_____ (同志), 身份证号: _____,
在_____ 部门 (科室) 从事_____ 工作 (专业) 已有
_____ 年。

特此证明。

单位 (公章)

年 月 日