

衢州市卫生健康委员会办公室文件

衢卫办发〔2019〕3号

衢州市卫生健康委办公室关于 2019年度卫生高级专业技术资格考试 具体考务工作安排的通知

各县（市、区）卫生健康局，市直各卫生健康单位：

根据《浙江省卫生健康委办公室关于做好2019年度全省卫生高级专业实践能力考试有关事项的通知》（浙卫办人事〔2019〕1号）要求，为保证我市2019年度卫生高级专业技术资格考试（卫生高级专业实践能力考试）工作进行顺利，现将具体考务工作有关事项通知如下：

一、考试组织与报名

（一）考试组织

1. 全市卫生高级专业技术资格考试报名实行属地化管理。设7个报名点。市直报名点设在衢州市卫生健康委人事科教处（衢

州市荷五路 58 号 1 号楼 1 楼 101 室)，各县（市、区）报名点设在当地卫生健康局。

2. 考生按所在单位的行政区划去当地管辖的卫生健康局报名点报名审核，市直卫生健康单位，浙江衢化医院，市直民营医疗机构由单位集中后统一报送市报名点报名审核。

（二）考试报名

1、网上预报名。2 月 14 日至 28 日期间，报考人员登录中国卫生人才网（www.21wecan.com）高级卫生专业技术资格考试栏进行网上预报名，根据报名须知在网上填写个人报名信息，并打印《2019 年度卫生高级专业技术资格考试申报表》（附件 1），本人核对无误后签字确认。

2、现场确认。2 月 15 日至 3 月 5 日期间，报考人员持《2019 年度卫生高级专业技术资格考试申报表》及相关证件、材料，到报名点指定地点或单位完成报名资格现场确认。

3、缴费方式。考生完成现场确认后，在中国卫生人才网凭个人帐号、密码登录报名系统进行网上缴费，缴费起止时间为 2019 年 2 月 15 日至 3 月 10 日，逾期未缴费者视为放弃报名。

4、考生报名现场确认时应按照规定提供以下证件及材料：

（1）《2019 年度卫生高级专业技术资格考试申报表》（附件 1）；

（2）本人有效身份证明原件及复印件；

（3）毕业证书或学位证书原件及复印件；

（4）专业技术资格证书和聘用证书原件及复印件；

（5）医学类专业的须提供医师资格证书和执业证书原件及复印件，护理类专业的须提供护士执业资格证书原件及复印件；

上述材料复印件由所在单位负责与原件核对，签署“核对无误”字样，加盖所在单位人事部门公章，并有经办人签字和落款时间，报至报名点进行审核。破格人员所需的破格材料由各单位或主管部门负责审核报送相关材料。

二、考务管理安排

(一)资格审核。在2月20日至3月14日期间，在当地卫生健康委组织完成考生报名资格审核工作后，各考点在考务管理系统中完成考生报名资格审核上报工作。

(二)试场编排。在3月16至20日期间，各考点编排考场、试室和考生座位。

(三)准考证打印。在4月12日至20日期间，报考人员登录中国卫生人才网(www.21wecan.com)自行打印准考证，考生按照准考证上指定的时间、地点参加考试。

(四)考试时间和方式。考试时间为4月20日，各专业具体考试时间以准考证为准。考试采用人机对话的方式进行，考试时间为2小时。

(五)成绩查询。考试结束三周后，报考人员可凭本人身份证号、准考证号登录中国卫生人才网查询考试成绩。

(六)成绩复核。根据《卫生专业技术资格考试考务管理规定》(卫考办函〔2015〕1号)，考试试题均为客观题，采用计算机统一评分，不接受成绩复核申请。

三、考试违纪处理

考试考务管理及考生违纪处理按照《卫生专业技术资格考试考务管理规定》(卫考办函〔2015〕1号)和《专业技术人员资

格考试违纪违规行为处理规定》（人社部令第31号）等要求执行。

四、考试收费

根据《省财政厅 省物价局关于收取卫生高级专业技术资格考试费有关问题的通知》（浙财综〔2016〕13号）、《省物价局 省财政厅关于核定卫生资格类计算机考试收费标准的复函》（浙价费〔2016〕70号）文件精神，卫生高级专业技术资格考试费每人每科100元。

五、考试报名点咨询电话

市直报名点：0570-3081059；
柯城区报名点：0570-3037330；
衢江区报名点：0570-3838977；
龙游县报名点：0570-7013302；
江山市报名点：0570-4110109、4573761；
常山县报名点：0570-5011885；
开化县报名点：0570-6014235。

附件：《2019年度卫生高级专业技术资格考试申报表》

衢州市卫生健康委员会办公室

2019年2月11日

办公室

附件 1

2019 年度卫生高级专业技术资格考试申报表

网报号:

用户名:

条形码

确认考点:

报名序号:

基本信息	姓名		性别		照片
	证件类型		证件编号		
	出生日期		民族		
报考级别		拟申报资格			
报考信息	现有技术资格		现有资格取得年月		
	执业类别		执业范围		
	报考专业		现有资格聘任年月		
教育情况	初始学历		初始学位		
	最高学历		最高学位		
	毕业学校		毕业专业		
工作情况	单位名称				
	从业年限		单位所属		
联系方式	联系电话		邮编		
	地址				
备注信息					
以下由审核部门填写盖章					
审查意见	单位人事部门或档案 存放单位审查意见 印章 年 月 日	报名点审查意见 报名点签章 年 月 日	考点审核意见 考点签章 年 月 日		

备注: 1.此表以网上报名为准。
2.申报人员请仔细核对后签字确认,一旦确认不得修改。

本人确保所报材料和个人信息真实可靠,如有不实,愿按有关规定接受处理。

申报人员签名:

日期: 年 月 日

衢州市卫生健康委员会办公室

2019年2月11日印发
