

中国残疾人联合会全国盲人医疗按摩人员考试委员会办公室

全盲医考办〔2018〕2号

关于做好2018年全国盲人医疗按摩人员考试 报名工作的通知

各省、自治区、直辖市盲人医疗按摩人员考试领导小组办公室：

根据《盲人医疗按摩管理办法》、2018年《中国残疾人联合会全国盲人医疗按摩人员考试委员会公告（第9号）》有关规定，以及中国残疾人联合会全国盲人医疗按摩人员考试委员会第十次工作会议精神，为切实做好2018年全国盲人医疗按摩人员考试报名工作，现就有关考试报名工作通知如下：

一、报名时间及方式

（一）报名初审时间

2018年5月3日至2018年6月14日。

（二）报名方式

报考人员持相关材料到报考人员户籍所在地或从业医疗机构所在地的设区的市级残疾人联合会现场报名，填写《盲人医疗按摩人员考试报名申请表》。设区的市级残疾人联合会负责对报考

人员提交的报名材料进行初步审查，并须同时在全国盲人医疗按摩人员考试考务管理信息系统内完成相关信息录入工作。

(三) 报名复核时间

2018年6月15日至2018年7月10日。由各省（区、市）盲人医疗按摩人员考试领导小组办公室（以下简称“省级盲考办”）完成本辖区报考人员的报名资格复核工作。

(四) 报名结果公示时间

2018年7月11日至2018年7月16日。由各省级盲考办完成报名复核通过人员的公示工作。

二、盲人医疗按摩人员考试报名条件

报考人员应为符合下列条件之一的盲人：

(一) 取得国家承认的正规院校颁发的医疗按摩中等专业（或与推拿按摩相关医学中等专业）及以上学历的。

(二) 没有相应学历，但2009年9月1日前在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动2年以上不满15年的。

三、报考人员应提交的材料

(一) 本人有效身份证明原件及复印件。本人有效身份证明，包括本人中华人民共和国居民身份证（过期身份证无效、临时身份证有效）、军官证（或文职干部证、士兵证）。

(二) 本人第二代《中华人民共和国视力残疾人证》原件及复印件。

(三) 4张本人近期小2寸（尺寸为3.3×4.8cm）正面免冠

蓝底彩色照片及照片电子版。

(四) 有学历报考人员还需提供医疗按摩专业或与推拿按摩相关医学专业最高学历证书原件及复印件；

无学历报考人员还需提供从业医疗机构出具的、连续从事盲人医疗按摩活动2年以上、并加盖当地卫生行政部门公章的证明，及从业医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本的复印件。

四、考试内容及方式

(一) 考试内容

《全国盲人医疗按摩人员考试大纲（2018版）》所涉及的科目。大纲由中国盲文出版社出版。

(二) 考试方式

考试分两个单元：综合笔试和实践技能考试。

2018年综合笔试全面采用计算机化考试方式。考生可登录中国残联就业服务指导中心网站（<http://www.cdpes.org.cn/>）首页内查看《关于做好考生使用盲人医疗按摩人员计算机化考试系统开展模拟演练的通知》，通过首页“盲人医疗按摩人员计算机化考试系统”进行模拟练习。一般全盲考生练习4小时以内，低视力考生练习半小时以内，即可掌握系统操作。

实践技能考试第二站“穴位定位”部分考试，将使用“盲人按摩穴位智能化腧穴仪”进行客观化考核。

(三) 考试试卷

综合笔试试卷原则上采用计算机电子试卷，由中国残疾人联

会全国盲人医疗按摩人员考试委员会办公室（以下简称“全国考办”）统一制作。

（四）考试成绩

综合笔试由考试系统自动评阅得出分数，并由中国残疾人联合会全国考试委员会研究确定合格标准；实践技能考试满分100分，60分为合格线。综合笔试和实践技能考试成绩均合格的为考试合格。考试合格者取得由中国残疾人联合会印制的《盲人医疗按摩人员考试合格证书》。

五、考试时间

（一）综合笔试全国统一考试时间

2018年9月15日上午9:00—11:30。

（二）实践技能考试时间

2018年9月15日下午14:30—18:30；

2018年9月16日上午8:00—12:00，下午14:30—18:30。

（三）考试区域划分

经全国考办研究决定，全国考试区域划分见附件1。赴异地参加考试考生的现场报名、录入、初审、复核及公示工作由原考试辖区完成。考试考务系统内考生信息的提取由原辖区与接收辖区对接，共同配合完成。

六、考试报名收费

本次考试不收取报名费。

七、相关要求

(一) 在报名工作开始之前, 各省级盲考办要有计划地组织设区的市级残疾人联合会工作人员开展报名工作培训。重点解决本辖区以往在报名审核、考试考务系统录入方面存在的突出问题。

(二) 综合笔试已全面开展全员计算机化考试, 各辖区的市级残联和省级盲考办, 务必按要求指导报名人员选择计算机化用卷类别, 加强政策引导, 做好宣传工作。

(三) 各设区的市级残联和省级盲考办, 务必在规定时间内完成报名初审、复核及公示工作。报名初审和复核截止时间为规定日期的 24:00, 过时考试考务管理信息系统将自行关闭其功能, 报名工作截止。逾期视为自动放弃报名或未通过初审和复核, 各地不能再进行任何操作, 不能再进行补报或审核。

(四) 报名初审时, 各设区的市级残联要严格把关, 确保报名材料齐全, 报名申请表填写完整准确, 录入信息完整规范。务必通过教育部指定的“中国高等教育学生信息网”、本省(区、市)教育部门的“中等职业学校毕业(学历)证书查询(认证)系统”或毕业学校等方式, 认真核实每位有学历报考人员学历证书的真伪。通过当地卫生行政部门及从业医疗机构逐一核实每位无学历报考人员从事医疗按摩工作的真实性。同时, 将认证、核查材料复印件留档, 原件随报名材料上报省级盲考办。今年起, 考试考务管理信息系统在填写报考人员学校栏中将使用选项功

能。

(五) 各设区的市级残联，务必要求所有报考人员在报名现场签署诚信考试承诺书（附件2）。诚信考试承诺书、学历证书或从事医疗按摩工作年限证明（附件3）等材料须原件扫描并上传到考试考务管理信息系统内，上传材料图片大小设定在250—300KB之间，且清晰易辨识。

(六) 如出现报考人员学历证书上姓名（包括姓名中音同字不同的）与身份证、残疾人证上姓名不一致的情况，报考人员还需提供出错单位出具的正式“纠错证明”，并由报名工作人员记录在考试考务管理信息系统“备注”栏中。报名初审工作结束后，各设区的市级残联要将纠错证明原件上报省级盲考办备案。

(七) 报名复核时，各省级盲考办务必认真审核，确保报名材料真实有效，上传材料规范清晰，录入信息准确一致。如发现学历证书或从事医疗按摩工作年限证明有任何疑点，应再次查实其真伪，杜绝不符合报名条件人员参加考试。

(八) 报名初审和复核时，各设区的市级残联和省级盲考办对非首次报名的报考人员，要认真核对其前后报名材料是否一致，再次印证报名材料的真实性。对曾经出具虚假证明材料的医疗机构又再次出具的从事医疗按摩工作年限证明，对曾经未能通过报名初审或复核又再次报考的人员，要进行重点审核。对已确认曾经持虚假报名材料报考的人员，要拒绝其再次报考。

(九) 报名复核通过人员的公示，省级盲考办可采取在本省

(区、市)残疾人联合会官方网站和设区的市级残疾人联合会官方网站或残疾人公共信息平台等方式进行公示。公示的内容包括报名人员姓名、性别、报名地区、毕业学校、学历、出具从事医疗按摩工作年限证明的医疗机构名称和在此医疗机构工作起止时间段等信息。公示结束后,5日内应书面向全国考办报告公示结果及对有关人员的处理意见。

(十)在报名审核、复核期间,全国考办将抽查部分设区的市级残联和考试辖区报名工作情况。一经发现有虚假的报名信息,将取消相关报考人员的报名资格,并视情节轻重追究有关部门及人员责任。持虚假学历或从事医疗按摩工作年限证明的报考人员 and 出具虚假证明材料的单位,将被列入考试考务管理信息系统和盲人医疗按摩人员管理系统的黑名单中。

(十一)中、高等院校应届毕业生可先持学校证明报名。在报名复核结束前,由设区的市级残联上传学历证书替换学校证明。逾期不能提供学历证书的,视为不符合报考条件,不能通过报名复核。

八、全国考办联系人及电话

李 斌 010—68060671

何丽琼 010—68060673

传 真 010—68060686

附件:1. 2018年全国考试区域划分表

2. 诚信考试承诺书

3. 盲人从事医疗按摩工作年限证明



中国残疾人联合会全国盲人
按摩人员考试委员会办公室

2018年4月8日

附件 1

2018 年全国考试区域划分表

组织形式	序号	承办辖区	异地参考辖区
区域性考试中心	1	吉林	黑龙江
	2	河北	北京、天津
	3	浙江	上海、福建、江西
	4	陕西	甘肃、宁夏
	5	贵州	重庆、四川、云南、广西
考区合并	6	江苏	湖北
	7	青海	西藏
独立开展	8	山西	
	9	内蒙	
	10	辽宁	
	11	安徽	
	12	山东	
	13	河南	
	14	湖南	
	15	广东	
	16	海南	
	17	新疆	

附件 2

诚信考试承诺书

1. 报名时所提交的盲人医疗按摩人员考试报名申请表、照片、身份证明、残疾人证、学历证书、从事医疗按摩工作年限证明、从业医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件等材料真实、准确、有效。如违反上述规定，后果自负。
2. 保证服从考试管理部门的安排，接受考务工作人员依法进行的检查、监督和管理。
3. 保证持真实、准确、有效的本人身份证明、残疾人证和准考证参加考试，在考试过程中诚实守信。
4. 自觉维护考场秩序，严守考场纪律，遵守考场规则。
5. 如有违法、违纪、违规行为，自愿服从处理决定，接受处理。

承诺人签名（手印）：

年 月 日

附件 3

盲人从事医疗按摩工作年限证明

经确认_____同志（身份证号码：_____，中华人民共和国残疾人证号码：_____）从_____年_____月至_____年_____月在我单位_____岗位上连续从事医疗按摩_____年。

特此证明，并对本证明的真实性负责！

医疗机构执业许可证登记号：_____

附：医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本的复印件
（加盖出具证明单位公章）

证明单位（盖章）

法人签字：

经手人签字：

单位固定电话：

卫生行政部门（盖章）

年 月 日

