

湖州市社会心理学会

湖社心[2018]05号

关于开展健康管理师职业技能 培训和鉴定工作的通知

各会员单位，各理事，各会员：

依据我会宗旨和章程，为进一步推动湖州市社会心理学发展，满足广大会员认证培训的需求，学会决定开展健康管理师职业技能培训鉴定工作。

现将《健康管理师职业技能培训和鉴定招生简章》印发给你们，请在接到通知后，对照自己的实际情况，积极报名参加。



二〇一八年八月二十日

湖州市社会心理学会

健康管理师职业技能培训 和鉴定招生简章

为积极响应《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发[2013]40号）、《浙江省人民政府关于促进健康服务业发展的实施意见》（[2014]22号）等文件精神，提高全民族的健康意识和身体素质，加强浙江省健康管理人才队伍建设，提升社区健康管理服务水平，培养和造就健康管理人才，人力资源和社会保障部教育培训中心推出健康管理师岗位能力培训课程。浙江省“健康管理师”职业技能培训和鉴定单位，经研究决定，并报浙江省卫生厅职业技能鉴定中心同意，特开展“健康管理师”职业技能培训和鉴定工作。

健康管理师是营养师、心理咨询师、体检医生、预防医学医生、健康教育专家、医学信息管理人员的综合体。

一、证书价值

2017年9月人力资源社会保障部下发了《关于公布国家职业资格目录的通知》（人社部发[2017]68号），“健康管理师”为国家认可的140项职业资格之一。

1.证书是由人力资源和社会保障部套红印章，加盖国家卫生部人事司和卫生部职业技能鉴定中心印章，证书全国通用；

2.为从事医药行业相关人员提供了权威的从业资质认证；

3.规范和提高医药行业从业人员操作水平。

二、申报条件

有志于在健康体检、医疗服务、健康保险、中医保健、健康养老以及体育健身、医疗旅游、美容养生、母婴服务、保健食品、营养等行业从事健康教育、健康咨询、健康管理及相关的各界人士。须满足下列条件之一：

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，

经健康管理师（三级）正规培训达规定标准学时数，并取得结业证书；

3.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，经健康管理师（三级）正规培训达规定标准学时数，并取得结业证书。

三、培训时间及地点

培训时间：周末集中开课

培训地点：杭州市市区（湖州地区如报名人数超过60，将在湖州进行培训）

培训模式：网络课程学习+面授

考试时间及模式

考试时间：2018年11月中下旬

考试模式：理论考试+操作技能考试，都采用机考模式

收费标准

培训内容	学习等级	社会人员优惠价	学生优惠价	网络班优惠价
健康管理师	三级	3600 元/人	2200 元/人	2600 元/人

注：以上费用已包含：教材费、资料费、网络课程学习费、报名费、鉴定费、制证费，食宿自理。

四、报名材料

在校学生：

附件1《浙江省卫生行业职业技能鉴定个人申请表》1份；

身份证复印件1份；

学生证复印件1份；

近期个人纸质版两寸彩照1张（底色无要求）；

电子照片1张（以身份证号命名，大小在15kb-40kb之间）。

社会人员：

附件1《浙江省卫生行业职业技能鉴定个人申请表》1份；

身份证复印件1份；

学历证明复印件1份；

附件2所在单位出具的工作年限证明原件1份；

近期个人纸质版两寸彩照1张（底色无要求）；

电子照片1张（以身份证号命名，大小在15kb-40kb之间）。

五、报名时间及地点

请将报名材料准备齐全，现场递交资料或邮寄现场报名：

报名处：浙江省湖州市青铜路 699 号科技园 C 幢 422 室 健康管理师报名处

电子邮箱：19892797@qq.com

电话报名：

全国免费报名热线：800-801-5995 (08: 30-17: 00)

全国免费咨询热线：400-711-6651 (08: 30-22: 00)

联系人手机（微信同号）：

冯霞：13375829056 冷存云：13325728563 缪倩芸：13058928563

姚师师：13325728562 裘燕：13306821756 王勤勤：13375828557

六、缴费方式：

1. 支付宝缴纳：

支付宝帐户：52687525@qq.com

帐户名称：帐户名称：湖州市社会心理学会

2. 刷卡缴纳：

请到报名处通过 POS 机刷卡缴纳会费，不推荐现金缴费。

七、相关教材、证书照片：



附件 1

浙江省卫生计生行业职业技能鉴定个人申请表

基本情况	姓名		性别		(2 寸照片)		
	本人身份		出生日期				
	证件类型		证件号码				
	手机号码						
教育情况	文化程度		毕业年月		毕业专业		
	毕业院校						
工作情况	工作单位			工作年限			
	从事职业			单位地址			
	工作经历	起止时间	单位名称		职务	证明人	
报考情况	报考专业						
	专业备注						
	报考级别						
经本人确定以上信息填写准确无误。							
考生签字：							
审核意见	考点审核意见			浙江省卫生计生行业职业技能鉴定指导中心			
	印章			审核意见			
年 月 日			印章				
年 月 日			年 月 日				

附件 2

证 明

兹有本单位职工 XXXX，性别 X，身份证号 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX，
于 XXXX 年 X 月至 XXXX 年 X 月在本单位从事 XXXX 工作，特此证
明。

XXXX 单位（盖章）

年 月 日



二〇一八年八月二十日