

吉林省人力资源和社会保障厅文件

吉人社函字〔2017〕21号

关于推荐省劳动能力鉴定 医疗卫生专家人选的通知

各市（州）、长白山管委会、梅河口市、公主岭市人力资源和社会保障局，相关医疗机构：

为加强省劳动能力鉴定专家库建设，做好工伤职工、因病和非因工负伤人员的劳动能力鉴定工作，提升劳动能力鉴定工作水平，根据《工伤保险条例》（国务院令第586号）、《工伤职工劳动能力鉴定管理办法》（人社部卫计委令第21号）和《吉林省实施〈工伤保险条例〉办法》（吉林省政府令242号）有关规定，结合我省劳动能力鉴定工作实际，省劳动能力鉴定委员会经研究决定，拟在原省劳动能力鉴定专家库的基础上进行补充、调整、

完善，现将推荐专家库人选有关事宜通知如下：

一、推荐范围

本省范围内地市级（含行使地市级经济社会管理权限的县市）以上工伤定点医疗机构中推荐、遴选。

二、推荐专家科别

主要包括：神经科、骨科、外科、内科、五官科、职业病科、精神科、电诊、检验、辅助器具配置等。

三、推荐专家条件

推荐的医疗卫生专家应当具备下列条件：

- （一）具有医疗卫生高级专业技术职务任职资格；
- （二）具有丰富的临床经验；
- （三）掌握劳动能力鉴定的相关知识；
- （四）具备良好的职业品德。

四、推荐程序及提交材料

按照专家自愿、医疗机构推荐、劳鉴委审查的原则，由医疗机构在征求专家本人意见的基础上，择优提出推荐专家人选名单，报送市（州）级劳鉴委办公室（中省直医疗机构报省劳鉴委办公室），省劳鉴委办公室组织资格审查、遴选，报省劳动能力鉴定委员会审定。

推荐专家人选需提交下列材料：

- （一）《吉林省劳动能力鉴定医疗卫生专家库人选推荐表》（一式三份）；

(二) 专家本人有效身份证件复印件；

(三) 相关职称证书复印件；

(四) 《医疗机构推荐专家人选基本信息汇总表》。

五、待遇条件

经审查确定、培训合格入选专家库的专家，将由省劳动能力鉴定委员会颁发聘书，可参加省劳动能力鉴定委员会组织的工伤职工、因病或非因工负伤人员劳动能力鉴定等相关活动，并给予相应的劳务费用。

所持专家聘书和参与劳动能力鉴定活动，可作为省、市专业技术人员继续教育和申报职称的业绩材料。

六、有关要求

(一) 市（州）级劳动能力鉴定委员会要重视专家人选推荐工作，积极宣传、动员符合条件的专家主动申报，协调符合条件的医疗机构做好专家推荐工作，支持省劳动能力鉴定专家库建设。

市（州）级劳鉴委办公室负责本行政辖区的医疗机构专家推荐工作，在收集、汇总后，报省劳鉴委办公室。

(二) 医疗机构要结合本单位临床科室设置、优势科类及专家资源情况，推荐各科类专家人选不少于3名。各医疗机构人事、医务管理部门应在工作、时间安排上提供便利和支持。

(三) 入选专家要积极主动参加劳动能力鉴定培训活动。入选专家库后要自觉服从管理，认真履职，按时参加劳动能力鉴定

活动。

市（州）级劳鉴委办公室、中省直医疗机构请于2017年4月12日前，将推荐材料（纸质及电子版）报送省劳鉴委办公室（长春市亚泰大街3336号金业大厦A座1605室）。

联系人：王建朝 陈曦

联系电话：0431—88690651（传真）

邮箱：609179397@qq.com

附件：1、《吉林省劳动能力鉴定医疗卫生专家库人选推荐表》
2、《医疗机构推荐专家人选基本信息汇总表》

（表格下载地址：<http://hrss.jl.gov.cn/fwzc/bgxz/>）

吉林省人力资源和社会保障厅

2017年3月23日

（此件公开发布）

（联系单位：工伤保险处）

吉林省劳动能力鉴定医疗卫生专家库人选推荐表

姓 名		性别		民族		小 二 寸 近期免冠 彩色照片
出生年月			政治面貌			
参加工作时间			籍贯			
学 历			学位			
所在单位及科室						
从事专科类别						
行政职务		专业技术职称				
联 系 方 式	办公电话		家庭电话			
	手机号码		电子邮箱			
单位地址					邮编	
学习经历 (从学历教育起)						
受过何种奖励						

<p>工作经历 (若从事过伤残 鉴定工作, 请 说明何时何地, 在何单位从事 此类工作)</p>	
<p>个人自荐意见 (是否愿意成为省 级劳动能力鉴定专 家并积极参加劳动 能力鉴定工作)</p>	<p>本人签名: 年 月 日</p>
<p>单位推荐意见</p>	<p>(盖章) 年 月 日</p>
<p>省劳动能力鉴定 委员会审批意见</p>	<p>(盖章) 年 月 日</p>

注: 此表一式三份, 省劳动能力鉴定委员会办公室、医疗机构、个人档案各存一份。

医疗机构推荐专家人选基本信息汇总表

填报单位：（盖章）

填报日期：

序号	姓名	性别	民族	所在科室及 从事专业	专业技术 职称	手机号码
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

填报人：

单位联系人：

电话：