

山东省教育厅 山东省残疾人联合会

鲁教语函〔2020〕15号

山东省教育厅 山东省残疾人联合会 关于开展 2020 年山东省听障视障人员 普通话培训测试工作的通知

各市教育（教体）局、残联，有关高等学校：

根据中央宣传部、中国残联、教育部、国家语委和国家广播电视总局《关于推广国家通用手语和国家通用盲文的通知》（残联发〔2018〕36号）和《山东省推广国家通用手语和通用盲文实施方案》要求，我省大力推广国家通用手语和通用盲文。为满足我省部分听障和视障人员参加普通话水平测试的需求，经研究，决定2020年继续开展山东省听障视障人员普通话培训测试工作。现将有关事项通知如下：

一、培训测试对象

山东省听障、视障人员。

二、培训测试时间、地点

培训时间：2020 年 10 月 19 日—25 日。

培训地点：烟台海悦大厦。

测试地点：滨州医学院。

三、报名条件

（一）听障人员报名需满足以下条件：

1. 山东籍或在山东省内工作；
2. 年满 18 周岁，初中以上文化程度（中专、高中、大学）；
3. 能够熟练使用手语；
4. 持有残疾人证。

（二）视障人员报名需满足以下条件：

1. 山东籍或在山东省内工作；
2. 年满 18 周岁（个别可放宽到 16 岁），初中以上文化程度（中专、高中、大学）；
3. 能够熟练阅读盲文或借助辅具阅读大字；
4. 持有残疾人证。

四、报名及资格审查所需材料

（一）在有效期内的身份证正反面、残疾人证所有页面照片（命名格式：姓名+身份证+正/反，姓名+残疾人证 1/2/3/4）；

（二）初中以上学历证明或单位开具的工作证明的照片或

PDF 文件(命名格式: 姓名+学历证明/单位证明);

(三) 电子照片 (jpg 格式, 大小 390 x 567 像素, 命名格式: 姓名+身份证号);

(四) 《2020 年山东省听障视障人员普通话培训测试报名汇总表》《2020 年山东省听障视障人员普通话培训测试学员信息登记表》(命名格式: 姓名+文件名称);

以上材料均为电子版, 所有电子版材料请保存于同一个文件夹中, 文件夹命名格式为“姓名+普通话报名”, 于 9 月 30 日之前发送至邮箱: symwbzmc@163.com。

五、其他说明

(一) 听障和视障人员分别进行培训和测试, 每班 30 人, 总计 60 人。报名优先满足从教人员和毕业班学生, 审核结果通过电话通知到报名联系人。

(二) 培训期间, 学员食宿费、培训费及测试费由滨州医学院承担, 其他费用自理。

(三) 本次培训测试共计 5 天, 提前 1 天报到, 报名参加培训人员须确保能按时参加并完成培训。学员开班当日仍未报到者, 不论何种原因, 均视为放弃其参训资格。

(四) 此次培训结束后, 进行专场测试, 经测试合格的考生获发相应的普通话等级证书。

(五) 本次报名只接受个人、各市残联、特殊教育学校报送信息, 不接受其他单位机构报送。

(六) 联系人及联系方式:

马慧莹 15053592615

张俊芳 17861131288

附件: 1. 2020 年山东省听障视障人员普通话培训测试报名
汇总表

2. 2020 年山东省听障视障人员普通话培训测试学员
信息登记表

山东省教育厅

山东省残疾人
联合会

2020 年 9 月 23 日

附件 1

2020 年山东省听障视障人员普通话培训测试报名汇总表

报送单位：

联系人：

联系电话：

时间：2020 年 月 日

序 号	姓 名	测试类别	身份证号	性 别	民 族	籍 贯	工作单位	通讯地址	联系电话	联系人	是否住宿	陪同人	备注

注：1. 工作单位一栏，在校生填写学校名称；

2. 若有陪同人，请在备注一栏注明与陪同人关系，并提前一周联系主办方办理住宿，陪同人食宿费用自理。

附件 2

山东省 2020 年听障视障人员普通话培训测试 学员信息登记表

填表日期：2020 年 月 日

姓 名		性 别		民 族		照片
籍 贯		手机号				
残疾类别		身份证				
政治面貌		教育程度				
家庭住址						
通讯地址						
主要联系人 信息	序 号	姓 名	与本人关系 联系电话		联系电话	
	1					
	2					
	3					
学习及工作 经历情况						
备注						