

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台总局《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						