2017年度上海市卫生计生委院内感染质控中心

优秀ICU医院感染兼职护士申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | | |  | | | | （照片） | |
| 出生年月 |  | | | 学 位/学 历 | | | |  | | | |
| 职 称 |  | | | 职 务 | | | |  | | | |
| 所学专业 |  | | | 参加工作  年月 | | | |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 科 室 |  | | | | 手机号码 | |  | | | | E-mail | |  |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 个人简历（含近2年的主持或参与科研项目、获奖情况、社会兼职、主编或参编专著、学术报告等） | | |  | | | | | | | | | | |
| 近2年发表论文（并注明第一/通讯作者） | | |  | | | | | | | | | | |
| 本人  承诺以上情况属实 | | 年 月 日 | | | | | | | 感染管理部门负责人签字：  年 月 日 | | | | |
| 医院公章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 评审专家组  终审意见 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |