附件：

2020年度“武汉市医院感染管理先进个人”报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 民 族 | |  | 照片  （1寸近照） |
| 出生年月 |  | | 职 务 |  | 职 称 | |  |
| 从事感控工作年数 | | |  | 目前是否在感控岗位 | | | 是🞎否🞎 |
| 申报奖项 | 优秀感控工作者 🞎 基层感控之星🞎 | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | 单位级别 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮 编 |  |
| 电话/传真 |  | | | | | | 手 机 |  |
| E-mail |  | | | | | | 微信号 |  |
| 本人简历、主要业绩（论文、课题、专著、社会活动及在新冠疫情防控工作中取得的实际成效和贡献等）及学术兼职（限1000字以内，此栏不足可另附页）： | | | | | | | | |
| 本人签章：  年 月 日 | | 本人所在单位盖章：  年 月 日 | | | | 市院感质控中心审核意见：  年 月 日 | | |

注：在所申报奖项后框内划勾（只能选择申报其中一项）。