附件1

乌审旗2024年十佳护士候选人申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称/职务 |  | 民族 |  | 一寸照片 |
|  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 所在科室 |  | 联系电话 |  |
| 主要事迹 | （请简要说明，1500字以内，可另附材料） |
| 何时何地受何种表彰 |  |
| 何时何地受何种处分 |  |
| 工作单位审核意见 | 盖章年 月 日 |
| 旗卫生健康行政部门审核意见 |  盖章 年 月 日 |

附件2

乌审旗2024年优秀护士候选人申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称/职务 |  | 民族 |  | 一寸照片 |
|  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 所在科室 |  | 联系电话 |  |
| 主要事迹 | （请简要说明，1500字以内，可另附材料） |
| 何时何地受何种表彰 |  |
| 何时何地受何种处分 |  |
| 工作单位审核意见 |  盖章 年 月 日 |
| 旗卫生健康行政部门审核意见 |    盖章  年 月 日 |

附件3

乌审旗2024年最美护士候选人申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称/职务 |  | 民族 |  | 一寸照片 |
|  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 所在科室 |  | 联系电话 |  |
| 主要事迹 | （请简要说明，1500字以内，可另附材料） |
| 何时何地受何种表彰 |  |
| 何时何地受何种处分 |  |
| 工作单位审核意见 |  盖章 年 月 日 |
| 旗卫生健康行政部门审核意见 |    盖章  年 月 日 |

附件4

乌审旗2024年度各医疗卫生健康单位参评名额分配表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位 | 十佳护士 | 优秀护士 | 最美护士 |
| 乌审旗人民医院 | 1 | 1 | 1 |
| 乌审旗蒙医综合医院 | 1 | 1 | 1 |
| 乌审旗妇幼保健院 | 1 | 1 |  |
| 乌审旗疾病预防控制中心 | 1 | 1 |  |
| 乌审旗第二人民医院 | 1 |  |  |
| 乌审旗第三人民医院 |  |  | 1 |
| 乌审旗嘎鲁图镇社区服务中心 | 1 |  | 1 |
| 乌审旗无定河镇中心卫生院 |  | 1 | 1 |
| 乌审旗河南中心卫生院 |  | 1 | 1 |
| 乌审旗苏力德苏木中心卫生院 |  | 1 | 1 |
| 乌审旗陶利卫生院 | 1 |  |  |
| 图克镇中心卫生院 | 1 |  |  |
| 乌审旗乌兰陶勒盖镇中心卫生院 |  | 1 |  |
| 乌审旗乌审召中心卫生院 | 1 | 1 |  |
| 乌审旗呼吉尔特卫生院 | 1 | 1 |  |
| 博仁医院 |  |  | 1 |
| 广济医院 |  |  | 1 |
| 静心园（精神专科医院） |  |  | 1 |
| 合计 | 10 | 10 | 10 |

|  |
| --- |
| 附件5 |
| 乌审旗医疗卫生机构困难护理工作者统计表 |
| 序号 | 单位名称 | 姓名 | 年龄 | 身份证号码 | 银行卡号 | 联系电话 | 困难原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |