2024年内蒙古自治区卫生系列专业技术人员高级职称评审工作量

申报表（公卫、护理、技术类，卫生管理专业）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 工作单位 | |  |
| 学历 |  | 身份证号 | |  |
| 现有职称 |  | 聘任时间 | | 年 月 日 |
| 申报类别 |  | 申报专业 | |  |
| 工作量申报数据 | | | | |
| 年度 | 参加本专业  工作时间 | 备 注  （公共卫生专业须明确现场工作或在基层工作时间;护理专业  须明确病历首页责任护士和质控护士记录数量） | | |
|  | 周 |  | | |
|  | 周 |  | | |
|  | 周 |  | | |
|  | 周 |  | | |
|  | 周 |  | | |
| 平均 | 周/年 |  | | |
| 本人承诺以上所填信息属实。 | | | | |
| 申报人签名∶  年 月 日 | | | | |
| 审 核 意 见 | | | | |
| 单位  审核  意见 | （护理专业须注明单位相关数据统计部门核实情况） | | | |
| 负责人（签字）∶  年 月 日 | | 单位（签章）∶  年 月 日 | |