

附件 3：

“感控先进个人”推荐表

单 位		姓 名		性 别	
出生年月		现岗位		职 称	
联系电话			邮箱：		
主要工作 成绩和先进 事迹 (可附后页)					
所在 单位 意见	(加盖公章) 年 月 日				
卫生健康 行政部门 审核意见	(加盖公章) 年 月 日				