

# 乐清市卫生健康局文件

乐卫发〔2024〕35号

## 乐清市卫生健康局 关于开展 2023 年度乐清市优秀护理管理者”和 “优秀护士”推荐宣传活动的通知

局直属各医疗单位，各民营医院，局机关各科室：

为激励广大护理科技工作者立足本职，锐意进取，开拓创新、奋发有为，表彰在我市护理工作中取得优异成绩的个人，树立先进典型，引领广大护理工作者全心全意为人民健康服务，为我市护理事业发展作出更大贡献，决定在全市范围内开展 2023 年度“优秀护理管理者”和“优秀护士”推荐宣传活动。现将有关事项通知如下：

### 一、评选范围

（一）“优秀护理管理者”和“优秀护士”应取得中华人民共和国护士执业资格证书或教师资格证书，从事护理或教学工作 3 年及以上且仍在护理专业岗位。

(二)“优秀护理管理者”授予在护理管理领域做出突出贡献的护理科技工作者。

(三)“优秀护士”授予从事临床、教学工作的护理科技工作者。

(四)既往未获乐清市工作者奖项。

## 二、推荐条件

(一)具有良好的思想品德、职业素养、专业水平。

(二)以病人为中心，全心全意为病人服务，护患关系和谐，深受患者好评。

(三)热爱护理工作，具有良好的敬业精神，刻苦钻研业务，出色完成本职工作。

(四)积极推进护理工作的改革与发展，在整体护理、护理管理、护理教育、护理创新、护理科研等方面成绩突出。

(五)在国内外重大疫情、灾难救助等紧急医疗救援活动中成绩突出。

## 三、评选要求

(一)推荐“优秀护理管理者”和“优秀护士”的工作，必须坚持标准、公正合理，实事求是的原则，向临床一线护士倾斜。

(二)“优秀护理管理者”以从事护理管理岗位为主(包括护士长)。

(三)“优秀护士”推荐名额中，从事护理管理者不超过30%。

(四)本次活动实行限额推荐制(见附件1)，各医共体成员单位推荐至牵头单位，各牵头单位汇总后报乐清市护理学会，

其他医疗机构直接上报乐清市护理学会。

(五) 候选人推荐表、候选人先进事迹材料(800-1000字)(见附件2、3)一式二份上报乐清市护理学会。学会将组织评选工作委员会本着公平、公正、择优的原则,评选出全市“优秀护理管理者”10名和“优秀护士”38名。

请各有关单位根据上述要求,认真做好候选人推荐宣传工作,4月28日前,将纸质推荐表和电子版同时报送至乐清市护理学会,逾期不报,视为自动放弃。

联系人:连利珍、李晨;联系电话:62061628、61886860;  
邮箱: yqrmyyhlb@163.com

- 附件: 1.2023年度乐清市“优秀护理管理者”和“优秀护士”  
推荐名额分配表  
2.2023年度乐清市“优秀护理管理者”候选人推荐表  
3.2023年度乐清市“优秀护士”候选人推荐表



(此件公开发布)

附件 1

## 2023 年度乐清市“优秀护理管理者”和“优秀护士”推荐名额分配表

单位	优秀护理管理者名额	优秀护士名额	
		名额	备注
乐清市人民医院医共体	4	16	其中市人民医院 10 名，市五医 2 名，其他医共体成员单位 4 名。
乐清市第二人民医院医共体	2	8	其中市第二人民医院 5 名，其他医共体成员单位 3 名。
乐清市第三人民医院医共体	2	7	其中市第三人民医院 5 名，其他医共体成员单位 2 名
乐清市中医院	1	2	
乐清市妇幼保健院	1	2	
民营医院	/	3	
合计	10	38	

附件 2

## 2023 年度乐清市“优秀护理管理者”候选人 推荐表

姓 名		性 别		照片
出生年月		民 族		
执业证号				
工作单位 及科室				
职 务		职 称		
毕业学校		学 历		
联系电话		邮 箱		
个人 简历				
荣誉 奖项				

<p>主要事迹</p>	<p>(1000 字以内)</p>	
<p>所在单位 推荐意见</p>	<p style="text-align: right;">单位（盖章） 年 月 日</p>	
<p>市护理学会推荐意见</p> <p style="text-align: right;">单位（盖章） 年 月 日</p>	<p>卫生行政部门审核意见</p> <p style="text-align: right;">单位（盖章） 年 月 日</p>	

注：表格一式二份，可复印；主要事迹附电子版一份。

## 附件 3

## 2023 年度乐清市“优秀护士”候选人推荐表

姓 名		性 别		照片
出生年月		民 族		
执业证号				
工作单位 及科室				
职 务		职 称		
毕业学校		学 历		
联系电话		邮 箱		
个人 简历				
荣誉 奖项				

<p>主要事迹</p>	<p>(1000 字以内)</p>	
<p>所在单位 推荐意见</p>	<p>单位 (盖章) 年 月 日</p>	
<p>市护理学会推荐意见</p> <p>单位 (盖章) 年 月 日</p>	<p>卫生行政部门审核意见</p> <p>单位 (盖章) 年 月 日</p>	

注：表格一式二份，可复印；主要事迹附电子版一份。