附件1

新冠疫情防控一线医务人员与

广西援鄂医疗队员情况确认表（式样）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名：张××身份证号：45000000000000000 | 申报人所在单位 | 广西××医院 |
| 是否为广西派遣的援鄂医疗队员 | □是☑否 |
| 从事疫情防控工作时的所在单位 | 广西××医院 |
| 从事疫情防控工作时的所在岗位 | 重症医学科（ICU）隔离病区 |
| 从事疫情防控的具体工作内容：与确诊或疑似病例直接接触的☑接诊、□筛查、□检查、□检测、□转运、☑治疗、□护理、□流行病学调查、☑医学观察，直接进行病例□标本采集、□病原检测、□病理检查、□病理解剖。 |
| 直接接触的确诊或疑似病例数：4例 |
| 直接接触的确诊或疑似病例的ID号 | 　0000001 |
| 　0000002 |
| 　0000003 |
| 　0000004 |
| 直接接触的确诊或疑似病例的天数：5天 |
| 是否符合领取疫情防控直接接触确诊或疑似病例临时性工作补贴标准（单位填写）：☑是□否 |
| 单位疫情防控主管部门审核意见：审核人： （部门盖章） 年 月 日 |
| 本表已在单位公示5个工作日，群众无异议。单位人事（职改）部门负责人： （部门盖章） 年月日 |
| 单位审核意见： （盖章） 年月日 |
| 备注：1.本表用于申报卫生系列中、高级职称的新冠肺炎疫情防控一线医务人员与广西援鄂医疗队员的身份确认。2.疫情防控工作天数计算，当日累计工作超过4个小时，按一天计算；4小时及以下，按半天计算。3.援鄂医疗队员，可不用填写病例ID号。 |