

# 安徽省健康服务业协会文件

皖健业协〔2024〕59号

---

## 关于开展2024年安徽省健康服务业 “十佳”评选活动的通知

各会员单位、各分会及有关单位：

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，培育和践行社会主义核心价值观，助力健康安徽建设，协会自2018年起开展安徽省健康服务业“十佳”评选工作。通过评选活动，树立先进典型，大力宣传我省健康服务业从业者爱岗敬业、精益求精、无私奉献的良好职业形象和精神风貌，大力弘扬了社会主义核心价值观，充分调动了我省健康

服务业工作者积极性，有效地推动了我省健康服务业发展。经研究决定，继续开展 2024 年安徽省健康服务业“十佳”评选活动。现将有关事项通知如下：

## 一、评选范围

评选活动仅限在安徽省健康服务业协会会员单位中开展。

## 二、评选项目及条件

### （一）评选项目

1. 2024 年安徽省健康服务业“十佳创新人物”。
2. 2024 年安徽省健康服务业“十佳健康卫士”。
3. 2024 年安徽省健康服务业“十佳创新单位”。

### （二）评选条件

1. 遵守协会《章程》，履行会员义务，按时交纳会费，积极参加协会组织开展的各项活动。

2. 申报单位：认真贯彻执行国家有关政策、法律和法规，信誉良好，积极履行社会责任，创新成果在行业内具有一定的领先性和影响力。

3. 申报个人：拥护党的路线、方针、政策，有强烈的责任心和使命感，廉洁自律，工作成绩突出，得到行业内的认可和好评。

4. 符合上述条件的会员单位和个人自愿报名参选。

## 三、评选程序

### （一）组织申报

推荐上报候选单位或候选人。

### （二）专家评审

协会设立专家评审组，按照公开、公平、公正的原则，综合评定，最终遴选出2024年“十佳创新人物”、“十佳健康卫士”和“十佳创新单位”。

### （三）公示

在中安在线·健康频道、协会官网、官微对遴选单位和个人，进行公示，公示期5个工作日。

### （四）表彰

对确定的获奖单位和个人，将在第五届江淮论健暨安徽省健康服务业发展大会上举行表彰并颁发证书。

## 四、报送时间

2024年11月25日前。

## 五、经费来源

评选活动不收取申报单位和个人任何费用，评选活动所需经费使用安徽省健康服务业协会自有资金。

## 六、联系方式

联系人：余鑫，联系电话：0551-62837365，邮箱：  
jkah365@163.com，地址：合肥市庐阳区红星路1号省委办公厅服务楼903室。

附件：

1. 2024 年安徽省健康服务业“十佳创新人物”候选人申报表

2. 2024 年安徽省健康服务业“十佳健康卫士”候选人申报表

3. 2024 年安徽省健康服务业“十佳创新单位”候选单位申报表



附件 1

# 2024 年安徽省健康服务业 “十佳创新人物” 候选人申报表

申报人：\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_

手机号码：\_\_\_\_\_电子邮件：\_\_\_\_\_

通信地址：\_\_\_\_\_

安徽省健康服务业协会 制

2024 年 10 月

## 填写要求及说明

1. 申报单位或个人认真填写，叙述文字简明扼要，书写一律打印。
2. 填表用语简洁明了，数据详实、准确。
3. 表内栏目不得空缺，如果某项栏目内容没有，请填写“无”。
4. 表格中的内容如果不够地方填写，可以扩充或加页。
5. 各种数据的统计截止日期为 2024 年 10 月 31 日。
6. 填写好后报所在单位加具意见并盖章邮寄至协会秘书处。
7. 申报表报送一式 2 份，文件模板可从安徽省健康服务业协会网站中下载。
8. 单位重要的、有代表性的内容可另附表。
9. 邮寄地址：合肥市庐阳区红星路 1 号省委办公厅服务楼 903 室，余鑫收，联系电话：0551-62837365/13605512890。

# 2024 年安徽省健康服务业 “十佳创新人物” 候选人申报表

## 一、基本情况

|                |  |            |   |          |  |
|----------------|--|------------|---|----------|--|
| 姓 名            |  | 性 别        |   | 彩色近照     |  |
| 出生年月           |  | 民 族        |   |          |  |
| 文化程度           |  | 职 务        |   |          |  |
| 技术职称           |  | 担任现职<br>年限 |   |          |  |
| 政治面貌           |  | 办公电话       |   | 手 机      |  |
| 工作单位           |  |            |   | 传 真      |  |
| 单位地址           |  |            |   | 邮 编      |  |
| 是否安徽省健康服务业协会会员 |  |            | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |          |  |
| 具体联系人<br>姓名    |  | 性 别        |   | 职 务      |  |
| 手 机            |  | 办公电话       |   | 电子<br>邮箱 |  |

## 二、简历

(可另附页)

**三、主要业绩**（主要从创新管理、专业技术能力及社会评价三个维度进行评价，字数不超过 1200 字）

(可另附页)

**四、声明**

本人郑重承诺：所填报的材料真实可靠，无任何虚假成份，对所报材料的真实性负责并承担相应的责任。

申报人（签字）：

日期：

**五、申报审批**

所在单位意见

单位签章

年 月 日

省健康服务业协会意见

单位签章

年 月 日



附件 2

# 2024 年安徽省健康服务业 “十佳健康卫士” 候选人申报表

申报人：\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_

手机号码：\_\_\_\_\_电子邮件：\_\_\_\_\_

通信地址：\_\_\_\_\_

安徽省健康服务业协会 制

2024 年 10 月

## 填写要求及说明

1. 申报单位或个人认真填写，叙述文字简明扼要，书写一律打印。
2. 填表用语简洁明了，数据详实、准确。
3. 表内栏目不得空缺，如果某项栏目内容没有，请填写“无”。
4. 表格中的内容如果不够地方填写，可以扩充或加页。
5. 各种数据的统计截止日期为 2024 年 10 月 31 日。
6. 填写好后报所在单位加具意见并盖章邮寄至协会秘书处。
7. 申报表报送一式 2 份，文件模板可从安徽省健康服务业协会网站中下载。
8. 单位重要的、有代表性的内容可另附表。
9. 邮寄地址：合肥市庐阳区红星路 1 号省委办公厅服务楼 903 室，余鑫收，联系电话：0551-62837365/13605512890。

## 2024 年安徽省健康服务业 “十佳健康卫士” 候选人申报表

|                 |        |      |  |   |  |      |
|-----------------|--------|------|--|---|--|------|
| 姓 名             |        | 性 别  |  | 民 族   |  | 彩色近照 |
| 出生年月            |        | 从业时间 |  |   |  |      |
| 文化程度            |        | 政治面貌 |  |   |  |      |
| 技术职称            |        | 现任职务 |  |   |  |      |
| 办公电话            |        | 手 机  |  | 传 真   |  |      |
| 工作单位            |        |      |  | 邮 编   |  |      |
| 是否安徽省健康服务业协会会员  |        |      |  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |  |      |
| 个人<br>简历        | (可另附页) |      |  |   |  |      |
| 何时何地受过<br>何种奖 励 | (可另附页) |      |  |   |  |      |

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| <p>事迹材料</p>          | <p>(可另附页)</p>         |
| <p>所在单位<br/>推荐意见</p> | <p>单位签章<br/>年 月 日</p> |

附件 3

# 2024 年安徽省健康服务业 “十佳创新单位” 候选单位申报表

申报单位盖章： \_\_\_\_\_

法人代表： \_\_\_\_\_

联系人： \_\_\_\_\_ 联系电话： \_\_\_\_\_

手机号码： \_\_\_\_\_ 电子邮件： \_\_\_\_\_

通信地址： \_\_\_\_\_

安徽省健康服务业协会 制

2024 年 10 月

## 填写要求及说明

1. 申报单位或个人认真填写，叙述文字简明扼要，书写一律打印。
2. 填表用语简洁明了，数据详实、准确。
3. 表内栏目不得空缺，如果某项栏目内容没有，请填写“无”。
4. 表格中的内容如果不够地方填写，可以扩充或加页。
5. 各种数据的统计截止日期为 2024 年 10 月 31 日。
6. 填写好后报所在单位加具意见并盖章邮寄至协会秘书处。
7. 申报表报送一式 2 份，文件模板可从安徽省健康服务业协会网站中下载。
8. 单位重要的、有代表性的内容可另附表。
9. 邮寄地址：合肥市庐阳区红星路 1 号省委办公厅服务楼 903 室，余鑫收，联系电话：0551-62837365/13605512890。

## 2021 年安徽省健康服务业 “十佳创新单位” 候选单位申报表

|                |        |   |  |
|----------------|--------|---|--|
| 申报单位           |        | 机构代码  |  |
| 法人代表           |        | 单位性质  |  |
| 联系地址           |        | 传 真   |  |
| 联系人            |        | 电子邮箱  |  |
| 电话及手机          |        | 员工总数  |  |
| 是否安徽省健康服务业协会会员 |        | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |  |
| 已有基础<br>和业绩    | (可另附页) |   |  |
| 创新相关项<br>目实施进度 | (可另附页) |   |  |

|  |               |
|--|---------------|
| <p>预期达到<br/>的经济和社<br/>会效益</p>  | <p>(可另附页)</p> |
| <p>申请的理由</p>   | <p>(可另附页)</p> |
| <p>我单位申报的所有材料，均真实、完整，如有不实，愿承担相应的责任。</p> <p>法定代表人签字：</p> <p style="text-align: right;">单位签章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |               |