附件1：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **武汉市社会办医疗机构医护人员需求清单** | | | |
| **序号** | **科室** | **医生人数（人）** | **护士人数（人）** |
| 1 | 发热门诊 | 4 | 101 |
| 2 | 呼吸内科 | 22 |
| 3 | 急诊内科 | 4 |
| 4 | 急诊外科 | 2 |
| 5 | 心血管内科 | 2 |
| 6 | 重症医学科 | 4 |
| 7 | 神经内科 | 2 |
| 8 | 消化内科 | 2 |
| 9 | 肿瘤血液科 | 2 |
| 10 | 感染科 | 5 |
| 11 | CT技师 | 1 |
| 12 | B超医生 | 1 |
| 合 计 | | 51 | 101 |
|  |  |  |  |
|  | | | |

附件2：

**中国非公立医疗机构协会支援武汉医疗队**

**报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称（盖章）** | |  | | | | |
| **联系人姓名、职务及联系方式：** | | | | | | |
| **带队人姓名、职务及联系方式：** | | | | | | |
| **医护人员姓名** | **性别** | | **年龄** | **专业** | **职称** | **手机号** |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

（此表可复制）

注：请于2020年2月1日中午12点前反馈至协会疫情防控工作领导小组办公室。