

南京医科大学康达学院  
2026年专业技术职务申报人员简表

所在单位（部门、附属医院）		康达学院基础医学部					
姓 名		闫芳		出生日期		1985-02-18	
申报学科		生物化学与分子生物学		申报职务		高级实验师	
现获最高卫生专业技术职务资格时间				现聘教学职务及时间		实验师 2020-12	
最高学位（历）及时间		学士学位，2017-07 本科毕业，2017-07		高校教师资格证书 编号及取得时间		无	
是否有境外研修经历		否	研修单位			研修时长	
任现职以来是否具有1年以上学生思想政治 工作经历（仅限本院教师）		是，2021-10----2022-09 2022-10----2023-10					
一、论文（时间截止至2025年12月31日，论文仅需提供第一作者或通讯作者，SCI分区需可查，署名单位符合评审办法要求）（填报数量需与报送图书馆检索出具证明材料的数量一致）							
科研论文							
序号	论文题目	文献类型	刊 名	发表时间	收录类型	本人 排名	署名单位是 否为康达学 院或康达学 院附属医院
1	CD200R Is Involved in the Anti-inflammatory Effect of Dexmedetomidine in Lipopolysaccharide-Stimulated Microglia	研究论文	Inflammation	2020	SCI	通讯作者	是
2	Can individualized blood pressure control prevent delirium after surgery in high-risk patients with sleep disorders	研究论文	BMC Anesthesiology	2025	SCI	共同通讯	是
3	甘草提取物调控TLR4-NFKB炎症通路改善大鼠POCD的研究	研究论文	医药卫生	2023	普刊	第一作者	是
4	生物化学实验线上线下混合式教学改革	教学论文	教育科学	2022	普刊	第一作者	是
教学论文							
序号	论文题目	文献类型	刊 名	发表时间	收录类型	本人 排名	署名单位是 否为康达学 院或康达学 院附属医院
二、教材、论著（时间截止至2025年12月31日）							
序号	题目	类别	出版时间	本人角色	总字数(万字)	本人承担字数 (万字)	

1										
三、课题（时间截止至2025年12月31日，主持结项课题）										
序号	课题名称	项目类别	项目来源	课题级别	课题类型	获评经费（万元）	开始时间	结束时间	本人角色	承担单位是否为康达学院或康达学院附属医院
1	基于超星智慧教学系统的翻转课堂模式在生物化学实验教学中的应用	江苏省高校教学研究工作专项课/一般项目	江苏省高等教育学会	市厅级	课题	0.5	2021-04	2023-05	负责人(1/1)	是
2	CD200调控小胶质细胞参与POCD发生的机制研究	南京医科大学科技发展基金/一般项目	南京医科大学	南医大	课题	2	2019-01	2021-01	负责人(1/1)	是
3	翻转课堂教学模式在生物化学实验教学中的探究与实践	南京医科大学康达学院教育研究课题/重点项目	南京医科大学康达学院	校级重点	课题	0.6	2020-09	2022-09	负责人(1/1)	是
四、成果获奖（时间截止至2025年12月31日，仅需提供排名前三）										
序号	名 称	获奖类别	颁奖单位	奖励级别	奖励等级	颁奖日期	获奖排名	获奖人单位是否为康达学院或康达学院附属医院		
五、指导学生获奖（时间截止至2025年12月31日）										
序号	竞赛/奖励名称	竞赛级别	成果名称	获奖日期	获奖等级	指导教师排名	获奖人单位是否为康达学院或康达学院附属医院			
六、成果转化、专利（时间截止至2025年12月31日，仅需提供排名前三）										
序号	专利名称	类型	专利授权日期	本人排名	成员人数	专利权人单位是否为康达学院或康达学院附属医院	转化金额（万元）			
1										
七、任现职以来教学工作量（理论教学为列入我院教学计划）										
任现职以来总教学工作量		1140学时	任现职以来年均教学工作量				228学时			
任教年限或任现职以来的年限（时间截止至2025年12月31日）		5年								
八、个人荣誉（含师德师风）										

序号	奖励名称	奖励级别	奖励等级	颁奖日期	颁奖单位	个人排名
承诺：本人申报 实验技术 系列 生物化学与分子生物学 学科 高级实验师 资格。本人在本表中所填写的内容是真实准确的，如有不实之处，本人愿承担相关责任。						
联系电话：						
学部、部门、直属单位、附属医院 负责人审核意见和签名		审核意见： <div>签名： 年 月 日</div>				