

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）		康达学院人文与管理学部					
姓 名		谢坤		出生日期		1988-10-27	
申报学科		管理学		申报职务		副教授	
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		讲师 2017-06	
最高学位（历）及时间		硕士学位，2014-06 硕士研究生毕业，2014-06		高校教师资格证书编号及取得时间		20163200171001184， 2016. 12	
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. 11-2022. 11					
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	我国农村医生社区健康管理能力调查研究	论文	中国全科医学	2024	北大核心	第一作者 (1/1)	是
2	河南省基层医生常见病诊疗服务能力现状与提升对策研究	论文	中国全科医学	2022	北大核心	第一作者 (1/1)	是
3	ERG理论在医务人员激励机制建设中的应用	论文	人才资源开发	2020	普刊	第一作者 (1/1)	是
4	浅谈我国社区健康教育的现状与对策	论文	健康必读	2019	普刊	第一作者 (1/1)	是
5	区域内纵向紧密型医联体实施中的思考与建议	论文	世界最新医学信息文摘	2019	普刊	第一作者 (1/1)	是
6	新医改以来连云港市基层医疗卫生机构发展现状研究	论文	当代教育实践与教学研究	2018	普刊	第一作者 (1/1)	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
1	医学院校卫生事业管理专业学生学风建设的思考与对策研究	论文	大学	2021	普刊	第一作者 (1/1)	是
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	医保改革背景下公立医疗机构医疗服务监管研究	江苏省高校哲学社会科学研究基金	江苏省教育厅	市厅级	课题	1	2023-08-01	2025-12-01	负责人（1/1）	是
2	基于整合服务的分级诊疗实现机制研究	江苏省高校哲学社会科学研究基金	江苏省教育厅	市厅级	课题	1	2016-06-01	2019-12-5	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			
1	第四届“寻是杯”全国大学生公共管理决策模拟大赛（华东赛区）	市厅级		2025-06	二等奖	1	是			
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		2674学时		任现职以来年均教学工作量			315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）		8.5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				
1	第四届“寻是杯”全国大学生公共管理决策模拟大赛（华东赛区）	市厅级	优秀指导教师奖	2025-06	中国科学学与科技政策研究会	1				
承诺：本人申报__教师__系列__管理学__学科__副教授__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: _____ 签名: _____ 年 月 日