附件1

第三届“湘阴名医”推荐申请表

姓 名：

工作单位：

科 室：

职 务：

联系方式:

中共湘阴县委人才工作领导小组办公室

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 照片（近期1寸  正面半身免冠 彩色照片） | |
| 出生年月 | |  | 民族 |  |
| 籍贯 | |  | 政治面貌 |  |
| 学历 | | 全日制毕业院校及专业 | |  |
| 在职教育毕业院校及专业 | |  |
| 专业技术职称 | |  | 身份证号 |  | | |
| 取得执业医师资格时间 | | | 年 月 | | | |
| 参加工作 时间 | |  | 从事医卫工作开始时间： 年 月 | | | |
| 是否市级以上  劳模或先进个人 | |  | 何时由何部门授予 |  | | |
| 是否系老中医药专家学术经  验继承工作指导老师 | | | 国家级□ 省级□  否□ | 确 定  时 间 | 年 月 | |
| 是否原医药临床专业委员会负责人 | | | 国家级□ 省级□  市级□ 否□ | 获取证书  时间 | 年 月  月  片 | |
| 是否系重点学科、专科带头人 | | 国家级□ 省级□ 市级□ 否□ 确定时间 年 月 | | | | |
| 获成果奖情况 | | 国家级口 省级口 市级口 否口 | | | | |
| 学 习  简 历 | 年月至年月 | | 何校何专业  或师从何人 | 毕（肄）业 | 证明人 | 关系 |
| （从大学或中专  开始填写） | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主  要  工  作  经  历 | 年月至年月 | 工作单位 | 从事何种工作 | 证明人 | 关系 |
| （按顺序不得断档） |  |  |  |  |
| 从事临床工作情况 | （不超过300字） | | | | |
| 主要学术思想或技术经验 | （不超过300字） | | | | |
| 传承学术、培养继承人  情况 |  | | | | |
| 主要科研课题及科研成果 |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主要学术  著作及学术 论文 |  | | |
| 献计献  策情况 |  | | |
| 所 在  单 位  意 见 | （盖章）  年 月 日 | 县名医  评选领  导小组  办公室  意 见 | （盖章）  年 月 日 |
| 卫生健  康局党  组意见 | （盖章）  年 月 日 | 县委人才工作领导小组意见 | （盖章）  年 月 日 |