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 |