附件1

通道名医推荐审批表

姓 名：

工作单位：

推荐单位：

联系方式：

填报时间： 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 | |  | | | 学 位 | | |  | | |
| 行政级别 | |  | | | 专业技术职务 | | |  | | | | |
| 所学专业 | |  | | | 身份证号 | | |  | | | | |
| 取得执业医师资格时间 | | | | | 年 月 | | | | | | | |
| 参加工作  时 间 | |  | | | 开始从事医师工作时间： 年 月  证明人： 关系： | | | | | | | |
| 是否省部级以上劳模或先进个人 | |  | | | 何时由何  部门授予 | | |  | | | | |
| 是否老中医药专家学术  经验继承工作指导老师 | | | 国家级□ 省级□ 否□ | | | | | | | 确 定  时 间 | 年 月 | |
| 是否临床专委会负责人 | | | 国家级□ 省级□ 否□ | | | | | | | 获取证书  时 间 | 年 月 | |
| 是否重点学科、专科带头人 | | 国家级□ 省级□ 否□ | | | | | | | | | | |
| 获成果奖情况 | | 国家级□ 省级□ 否□ | | | | | | | | | | |
| 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 |
| （从中学开始填写） | | |  | | | | |  | |  |  |
| 工  作  简  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 |  | | | | | | | | | | | |
| 科研课题及科研  成果 | （不超过5项） | | | | | | | | | | | |
| 学术著作及学术  论 文 | （学术著作不超过5本，论文不超过5篇） | | | | | | | | | | | |
| 学术兼职情 况 |  | | | | | | | | | | | |
| 献计献策情 况 |  | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种  奖 励 |  | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种  处 分 |  | | | | | | | | | | | |
| 主要事迹及贡献（不超过1500字） | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位意 见 | 负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | 单位  纪检  监察  部门  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 评审委员会意见 | 评委签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县卫健局  意 见 | （盖章）  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 县人社局意 见 | 负责人签字： （盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 县委人才办意见 | 负责人签字：  （盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 县委人才工作领导  小组意见 | 负责人签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

附件2

通道名医推荐人选情况汇总表

推荐单位（盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生  年月 | 民族 | 从事  专业 | 专业技术职务 | 从事中医临床工作时间 | 发表学术论文或专著数 | 优先条件情况  （第几项） | 工作单位及联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |