附件2

**第五批全国中医临床优秀人才研修项目**

**申报表**

**省/自治区/市：**

**申 报 人：**

**工 作 单 位：**

**传 真： 手 机：**

**电 子 邮 箱：**

**国家中医药管理局**

**二〇二一年十月制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | 性 别 |  | | 出生年月 | |  |
| 民 族 | | | |  | | 学 历 |  | | 学 位 | |  |
| 职 称 | | | |  | | 行政职务 |  | | 身体状况 | |  |
| 从事专业及方向 | | | |  | | | | | | | |
| 从事临床时间 | | | | 年 | | | 每周临床时间 | | 工作日 | | |
| **个人简历**(包括大学以上学习简历和主要工作简历) | | | | | | | | | | | |
| **学习**  **简历** | | | 年月至年月 | | 学校 | | | 专业 | | 学历及学位 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **工作**  **简历** | | | 年月至年月 | | 单位 | | | 从事何种工作 | | 职务及职称 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **从事**  **临床**  **工作**  **情况** | | （不超过500字） | | | | | | | | | |
| **主要学术思想(观点）或技术经验** | | （不超过500字） | | | | | | | | | |
| **学术著作及**  **学术论文** | | （所列学术著作不超过5本，论文不超过5篇） | | | | | | | | | |
| **研修目标** | | （不超过500字） | | | | | | | | | |
| **研修**  **计划**  **（以半**  **年为**  **时间**  **节点）** | **起止时间** | | | | | **研修内容** | | | **阶段性成果** | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | |  | | |

|  |
| --- |
| **所在单位推荐意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 |
| **省级中医药管理部门审核意见** |
| 负责人（签章）： （盖章）  年 月 日 |
| **国家中医药管理局审批意见**  （盖章）  年月日 |
| （盖章）  年 月 日 |