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 |