附件2

国家中医药管理局

全国老药工传承工作室建设项目

申 报 表

申报专家姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 报 单 位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 报 省 份：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

国家中医药管理局人事教育司制

2025年3月

一、老药工专家基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | | |  | | | 出生年月 | | | | |  | | | | 民族 | | | |  | | |
| 学历/学位 | |  | | | | | | | | | 职称 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 在职或返聘 | |  | | | | | | | | | 健康状况 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 从事中药特色技术相关工作年限及类别 | | 年 | | | 鉴定□ 炮制□ 调剂□ 制剂□ 种植/栽培□  其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 可传承的  中药特色技术 | | 共 项 | | | 请依次填写特色技术名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否可公开 | | | | |
| 1.特色技术名称需简明扼要，体现技术特色，如“ⅹⅹ药炮制技艺”“ⅹⅹ药鉴别技艺”等。 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| .... | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 学习工作简历 | 药学相关  学习经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 从事中药相关工作  经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 从事其他工作经历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业领域  影响力情况 | | 1.国家认定的老药工：是□ 否□  2.中药非遗项目代表性传承人：国家级□ 省级□  地市级□ 县级□   1. 国家中医药管理局中药炮制技术传承基地团队负责人：是□ 否□   4.其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.年限截止时间为2025年2月28日 ；

2.学习工作简历用“xx年xx月至xx年xx月，在xx单位学习（工作）”表示。

二、工作室基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位  基本情况 | 1.独立建设 | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 负责人（法人）姓名 |  | 职 务 | |  | |
| 通讯地址 |  | 邮 编 | |  | |
| 经费来源 | 中央支持□ 自筹经费□ | | | | |
| 2.联合建设 | | | | | |
| 牵头单位名称 |  | | | | |
| 负责人（法人）姓名 |  | 职 务 | |  | |
| 通讯地址 |  | 邮 编 | |  | |
| 联合建设单位名称 |  | | | | |
| 负责人（法人）姓名 |  | 职 务 | |  | |
| 通讯地址 |  | 邮 编 | |  | |
| 经费来源 | 中央支持□ 自筹经费□ | | | | |
| 工作室  负责人  基本情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 所在单位 |  | 身份证号 | |  | |
| 学历/学位 |  | 职称/职务 | |  | |
| 从事中药工作时间 |  | 专业/专科 | |  | |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 | |  | |
| 药学相关学习经历 |  | | | | |
| 中药相关工作经历 |  | | | | |
| 入选人才项目等情况 | 青年岐黄学者□  全国老中医药专家学术经验继承人□  全国中药特色技术传承人才□  中药非遗项目代表性传承人□  国家中医药管理局中药炮制技术传承基地谱系核心传承人□  其他: | | | | |
| 老药工专家意见 | 签字： | | | | |

三、工作室团队主要工作人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历/学位 | 职称/  职务 | 工作单位 | 手机号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作室成员组成人数： 人  其中：  高级 人，中级 人，初级 人  博士 人，硕士 人，本科 人，本科以下 人（师承 人）  中药专业 人，中医专业 人，其他专业 人 | | | | | | | |

四、建设计划

|  |
| --- |
| 现有工作基础 |
|  |
| 建设思路和目标 |
| （一）条件建设 |
| （二）传承工作建设 |
| （三）人才培养建设 |
| 1. 管理制度建设 |

五、审核意见

|  |
| --- |
| **申报单位意见**  本单位承诺本申报表内容真实，并同意按照要求为工作室建设提供政策、人力、财力、场地、设备等方面条件支持，保证建设项目顺利实施。  单位负责人签字： 单位（盖章）  2025年 月 日 |
| **省级中医药主管部门审核意见**  负责人签字： 省级中医药主管部门（盖章）  2025年 月 日 |
| **国家中医药管理局审核意见**  国家中医药管理局（盖章）  2025年 月 日 |