附件3

填 写 说 明

1．此表填写者为湖北省时珍人才工程项目申报人。

2．申报表在网上填报。

3．各项内容必须如实详细填写，无此项内容则填“无”。申报表及附件材料中所有内容、事项、数据均真实有效，不存在抄袭、伪造、作假等违背诚信要求的行为。

4．若同时申报2个人才项目，只需填写一份申报表。

5．单位名称需填写全称，电话、身份证号等信息要准确无误。

湖北省时珍人才工程项目申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生日期 | |  | |
| 所属市州 | |  | | 第一学历 | |  | | 最高学历 | |  | |
| 学 位 | |  | | 职 称 及  聘任时间 | |  | | 行政职务 | |  | |
| 单 位 及  所属级别 | |  | | | | 身份证号 | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | 连续从事  临床工作  时 间 |  | | | 每 周  临 床  时 间 | |  | |
| 申报项目  名 称 | | □省级中医临床优秀人才 □省级中西医结合高级人才  □省级中医药优秀青年人才 □省级中医药骨干人才  □基层中医药优秀人才 | | | | | | | | | |
| 从事专业  及 方 向 | | □中医类 □中西医结合类 □中药学类  □护理类 □临床医学类 | | | | | | | | | |
| 所在团队是否入选国家或省级重点  学科、重点专科、区域医疗中心 | | | | | | □是(项目名称： )  □否 | | | | | |
| 所在单位是否为  中西医协同“旗舰”  医院试点项目建设单位 | | | | □是  □否 | | 所在单位是否为省级  重大疑难疾病中西医  协作项目建设单位 | | | | | □是  □否 |
| 个人简历(从大专或者大学填起) | | | | | | | | | | | |
| 学 习  简 历 | 起止时间 | | | 学校 | | | 专业 | | 学历及学位 | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
| 工 作  简 历 | 起止时间 | | | 单位 | | | 从事何种工作 | | 职务及职称 | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
| 近3年承担省部级以上科研  项目情况 | 项目名称 | | | 项目来源 | | | 本人在完成人中排名 | | 起止时间 | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
| 近3年  发表的  学术论文  或出版  专 著 | 论文/专著名称 | | | 年份 | | | 发表刊物或  出版社名称 | | 检索或收录情况 | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
| 从事中医  临床工作  情 况 | (不超过500字) | | | | | | | | | | |
| 近 三 年  所获奖项  情 况 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 市州（县）卫生健康委审核意见 | | | | | | | | | | | |
| 负责人(签章)： (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 省中医药管理局审批意见 | | | | | | | | | | | |
| (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | |