附件8

兑现事项申请表

（名中医传承工作室）

（基层版）

姓 名：

从事专业：

专家类别：

办公电话： 手机：

工作单位：

单位地址：

单位联系人： 电话：

填表时间： 年 月 日

荔湾区卫生健康局

2023年11月制

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 1寸  彩色电子照片 |
| 出生年月 |  | | 民 族 | |  | |
| 籍 贯 |  | | 政治面貌 | |  | |
| 参加工作时间 |  | | 健康状况 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 最高学历学位及毕业院校、专业、时间 |  | | | | | | |
| 副高资格名称及获得时间 |  | | | 医师执业类别及执业范围 | |  | |
| 正高资格名称  及获得时间 |  | | | 累计从事中医临床工作年数 | |  | |
| 现从事专业及开始时间 |  | | | 现所在科室名称 | |  | |
| 硕士导师及获得时间 | 是/否 |  | | 现行政职务、级别及任职时间 | |  | |
| 博士导师及获得时间 | 是/否 |  | | 是否科室学术带头人或创办人 | |  | |
| （参加社会团体及任职、课题、论文、著作、专利、荣誉称号、奖励等情况） | | | | | | | |

二、“一对一”下级医疗机构培养对象

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 下级医疗机构名称 | 培养对象姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 职称 | 电话 | 下级医疗机构联系人 | 下级医疗机构联系人  电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

三、签名、盖章栏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人承诺所填报资料属实，积极配合荔湾区卫生健康局工作安排，做好临床带教和经验传授等工作。  指导老师签名：  年 月 日 | | 本人热爱中医药工作，承诺遵守相关规定，接受相关工作安排，积极参与跟师学习等工作。  培养对象签名：  年 月 日 | |
| 所在单位意见 | （公章）    年 月 日 | 所在单位意见 | （公章）    年 月 日 |

兑现事项申请表

（名中医传承工作室）

（引入人才版）

拟引入专家姓名：

从事专业：

专家类别：

办公电话： 手机：

工作单位：

工作室建设单位：

单位联系人： 电话：

填表时间： 年 月 日

（由工作室建设单位填写）

荔湾区卫生健康局

2023年11月制

1. 基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 1寸  彩色电子照片 |
| 出生年月 |  | | 民 族 | |  | |
| 籍 贯 |  | | 政治面貌 | |  | |
| 参加工作时间 |  | | 健康状况 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 最高学历学位及毕业院校、专业、时间 |  | | | | | | |
| 副高资格名称及获得时间 |  | | | 医师执业类别及执业范围 | |  | |
| 正高资格名称  及获得时间 |  | | | 累计从事中医临床工作年数 | |  | |
| 现从事专业及开始时间 |  | | | 现所在科室名称 | |  | |
| 硕士导师及获得时间 | 是/否 |  | | 现行政职务、级别及任职时间 | |  | |
| 博士导师及获得时间 | 是/否 |  | | 是否科室学术带头人或创办人 | |  | |

1. 参加学术、社会团体及任职等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 何地、何团体 | 所任职务 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

三、论文、著作、教材等（论文以近5年来为主，第1作者或通讯作者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 发表年月 | 杂志、出版社等名称 | 论文题目、著作名称等 | 主编、副主编、编委、影响因子、SCI |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

四、科研课题情况（需前3名，以近5年来为主）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 发布部门课题类型 | 课题名称 | 排名 | 资助额 | 结题 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

五、获得专利、院内制剂等情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 项目类别 | 项目名称 | 项目推广应用和效益 | 排名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

六、获得荣誉称号、表彰、奖励情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 授予部门 | 项目名称 | 排名 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

七、二级及以上医院培养对象（不超过3人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | 培养对象姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历 | 职称 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 签名、盖章栏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人承诺所填报资料属实，积极配合荔湾区卫生健康局工作安排，做好临床带教和经验传授等工作。  专家签名：  年 月 日 | | 本人热爱中医药工作，承诺遵守相关规定，接受相关工作安排，积极参与跟师学习等工作。  培养对象签名：  年 月 日 | |
| 所在单位意见 | （公章）    年 月 日 | 所在单位意见 | （公章）    年 月 日 |