**本溪市优秀医学人才申报书**

**（中医领域）**

**姓 名 ：**

**工作单位 ：**

**申报层次 ： □杰出医学人才 □领军医学人才**

**□青年医学人才**

**专业领域 ： □临床 □管理**

**本溪市卫生健康委员会制**

**2024年3月**

**填 表 说 明**

**（务必详细阅读）**

1.申报人员应按照《关于开展2024年“山城英才计划”遴选工作的通知》（本委人才办〔2024〕4号）相关标准条件，选择申报层次和申报领域，并按照各分项具体要求如实填写，不得空项、漏项，并对所提供的材料负责。

2.参与申报人员只可勾选一个“申报层次”。

3.填报数据时间段，除特殊标注外，均为近5年，即2019年1月1日至2023年12月31日。

4.表中内容实行限项填报，每项填报内容不得超过规定数量。科研、课题、论文、专利等选择上报最具代表性5项。

5.代表性论著：论著（论文）作者中，只填写第x作者，不写具体姓名。

6.专利：专利所有者中，只填写第x所有者，不写具体姓名。

7.重要奖项：填写获省级及以上奖项及获奖排名，不超过5项。

8.表格涉及时间一律用\*\*\*\*.\*\*（例：2024.03）表示。

9. 涉密内容不得在推荐材料中体现。

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | 近期两寸  正面免冠  证件照片  （JPG） |
| 民族 |  | | | 籍贯 | |  |
| 出生日期 |  | | | 政治面貌 | |  |
| 学历学位 |  | | | 职称（取得时间/聘任时间） | |  |
| 引进人才 | 是□ 否☑ | | | | 从事专业 |  | |
| 国务院津贴 | 是□ 否□ | | | | 联系电话 |  | |
| 证件类型 |  | | | | 证件号码 |  | |
| 毕业院校及专业 | | |  | | | | |
| 现工作单位及职务（行政） | | |  | | | | |
| 教育经历  （从本科填起） | | 开始时间 结束时间 学位 国家 院校 专业 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作经历  （兼职请注明） | 开始时间 结束时间 工作单位及职务 国家 | | | | |
| 单位名称 |  | | 统一社会信用代码（或组织机构代码） |  | |
| 单位类别 |  | | 主管部门 |  | |
| 法定代表人 |  | | 所在地区 |  | |
| 单位地址 |  | | 邮 编 |  | |
| 单位联系人 |  | 手 机 |  | 电 话 |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 传 真 |  | 手 机 |  | 电子邮箱 |  |

二、专长及代表性成果

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 个人专长： 2. 每周诊疗时间（小时/人次）：   普通门诊（ / ）；专家门诊（ / ）；  会诊及查房（ / ）；带教研究生（ / ）；  3、领导（参与）过的主要科研、课题项目   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 起止时间 | 项目性质和来源 | 经费总额 | 参与人数 | 申报人的具体职位和任务 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   4、主要成果（每类均不超过10项）  （1）代表性论著（论文）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 发表时间 | 论著（论文）名称 | 发表载体 | 论著（论文）作者 | |  |  |  | 第 作者 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   （2）专利   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 专利保护期 | 专利名称 | 授权国家 | 专利所有者 | |  |  |  | 第 所有者 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   （3）产品：  5、其他（包括获得的重要奖项，重要奖项包括全国师承指导老师及全国优秀人才；学术组织兼职，学术兼职填写省二级学会副主委以上） |

三、自我评价及工作设想

|  |
| --- |
| 1、自我评价（包括研究能力、学术或技术水平、对所属科学技术领域和相关产业影响等方面的情况，约500字）  2、工作设想（工作目标、主要方式、预期贡献及现有基础、团队等） |
| 申报人承诺：  本人以上信息均真实有效。本人郑重承诺：自被批准纳入“山城英才计划”后，全职到岗工作，遵守《“山城英才计划”实施细则（试行）》关于“项目执行期3年，执行期内原则上不得转换工作单位，不能调离本溪，确需转换或调离的，应征得人才计划主管部门同意，并退回资助经费和全部奖励资金”等相关规定。  申报人签字：  年 月 日 |

四、用人单位情况

|  |
| --- |
| 1、用人单位简介（300字以内）  2、推荐理由  3、支持条件（包括工作和生活等方面）： |
| 4、资格审核情况  申报人有关信息属实，本单位承诺予以上述支持，特推荐申报“优秀医学人才”。  主要负责人签字 单位（公章）  年 月 日 |