附件1

 2024年温州市名中医申报表

**姓 名：**

**从事专业：**

**所在单位：**

**推荐单位：**

**填表日期：**

 温州市卫生健康委员会 制

二〇二四年 六 月

一、基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 出生日期 |  | 政治面貌 |  |
| 国 籍 |  | 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 证件类型 |  | 证件号 |  |
| 职称等级 |  | 专业技术职务 |  | 行政职务 |  |
| 全职在温工作年数 | X年X月 | 是否在高校、科研院所、医疗卫生机构中担任副职以上领导职务 | 是/否 |
| 电 子邮 箱 |  | 本人联系电话 | （办） |
| （移动） |
| 现从事专业 | （一级学科） | 专业研究方向 |  |
| （二级学科） |
| 依托单位 | 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 |  | 所在市/区（县、市） |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系人姓名 |  | 移动电话 |  |
| 办公电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否省外引进人才 |  | 引进国家/地区 |  | 引进日期 |  |
| 每年在浙工作时间 |  | 港澳台侨情况 |  |

二、主要学习工作经历

|  |
| --- |
| **1.学习经历（从大专或大学填起，含国内外进修情况，6项以内）** |
| 序号 | 起止时间 | 国家 | 毕业学校 | 专业 | 学历 | 学位 | 是否全日制 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.工作经历（含挂职经历，10项目以内）** |
| 序号 | 起止时间 | 国家 | 工作单位 | 从事专业 | 职称 | 职务 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

三、申报人个人陈述

|  |  |
| --- | --- |
| 个人主要特点、业务特色、主攻方向、突出业绩表现，个人优势、和对本单位及行业的突出贡献 | （限1000字）请结合《国际疾病分类第十一次修订本(ICD-11)》中传统医学有关部分阐述个人专攻方向的突出业绩、技术等贡献 |

四、工作业绩表

**（一）专业业务工作情况**

|  |
| --- |
| **1.临床或专业实践工作时间** |
| 2023年度本人在临床或实践一线的工作时间占年度工作日的 %。 |
| **2.本人突出专业工作业务量（近3年累计）[[1]](#footnote-0)** |
| 项目 | 名称 | 数量 | 计量单位 |
| 专业常规工作（限填6项） |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3.工作业务能力** |
| 疑难问题处置、新技术开展、技术交流、接诊量、突出业绩表现情况 | （限800字） |

**（二）个人影响力情况**

|  |
| --- |
| **1.承担或参与各类平台（学科）建设情况（限3项以内）** |
| 序号 | 平台名称 | 批准单位 | 资金投入（万元） | 担任角色 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| **2.代表性重要奖励情况（限5项以内）** |
| 序号 | 获奖项目名称 | 奖励年份 | 奖励级别 | 奖励等级 | 获奖人（按原排序） | 授予单位 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| **3.重要学术任（兼）职（限5项以内，指在重要学术组织、团体或重要学术刊物等的任职兼职）** |
| 序号 | 开始年月 | 结束年月 | 名称（重要学术组织、团体或重要学术刊物） | 职务 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| **4.国际/国内学术会议报告（限3项以内）** |
| 序号 | 报告题目 | 会议名称 | 主办方 | 时间 | 报告类别 | 主要贡献及引用评价情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

**（三）创新性成果获得情况（近5年）[[2]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **1.参与诊治方案/标准指南情况（限3项以内）** |
| 序号 | 类型[[3]](#footnote-2) | 项目名称 | 发布年份 | 项目等级 | 发布单位 | 担任角色 | 个人贡献 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.代表性专利与成果转化情况（限3项以内）** |
| 序号 | 年度 | 专利名称 | 授予国家 | 所有者 | 专利类型[[4]](#footnote-3) | 成果转化情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| **3.代表性学术成果（限3项以内）** |
| 序号 | 成果类型[[5]](#footnote-4) | 成果名称 | 产出年份 | 成果简介[[6]](#footnote-5) | 担任角色 | 个人贡献 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

五、未来五年计划

|  |
| --- |
| **说明：**撰写工作目标、主要方式、预期贡献及现有基础、所在单位支持情况、经费预算及使用说明等（限1000字以内）。 |

六、申报人个人承诺及所在单位纪检部门意见

|  |
| --- |
| 1.本人以往违反科研诚信、医学伦理等情况 (请先在相应□ 内划“√”；如有此类情况的，请填写具体信息)□无此类情况□有此类情况 2.本人受到过党纪政纪处分 (组织处理) 或行政刑事处罚的情况 (请先在相应□内划“√” ；如有此类情况的，请填写具体信息)□无此类情况□有此类情况3.本人已对照《关于进一步加强科研诚信建设的若干意见》和学术诚信有关规定，对申报材料所列内容开展自查，且自查无问题。(请先在相应□内划“√” ；如有此类情况的，请填写具体信息) □无此类情况□有此类情况本人承诺《申报表》所填写内容真实、有效，如有虚假，由本人承担一切责任。 申报人 (签名)： 年 月 日   |
| **所在单位纪检部门意见：** （公 章） 年 月 日  |

七、推荐意见

|  |
| --- |
| **1、所在单位意见**（说明申报人对单位发展的作用，推荐材料的真实性，不存在重大法律纠纷等的承诺，明确是否同意申报。包含：申报人政治素质、道德品行、廉洁自律的鉴定意见，以及申报材料真实性审核把关等情况。） 主要负责人签字： 单位盖章：年 月 日  |

|  |
| --- |
| **2、县（市、区）卫健局意见** 主要负责人签字： 单位盖章：年 月 日  |

|  |
| --- |
| **3、市卫健委意见** 单位盖章：年 月 日  |

1. 本人主要常规专业工作业务量（近3年累计）：自2021年1月1日起。下同。 [↑](#footnote-ref-0)
2. 创新性成果获得情况：自2019年1月1日起，课题立项时间参照此标准。 [↑](#footnote-ref-1)
3. 类型：诊治方案、标准指南、其他（填写） [↑](#footnote-ref-2)
4. 专利类型：发明专利、实用新型专利、外观设计专利、其他（填写） [↑](#footnote-ref-3)
5. 成果类型：项目、论文、论著、其他（填写） [↑](#footnote-ref-4)
6. 成果简介：说明成果展示载体（如项目、期刊、出版社）和成果情况。 [↑](#footnote-ref-5)