附件1

浙江省国医名师申报表

姓 名：

工作单位：

推荐单位：

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | | | 性 别 | | |  | | | | | 照片  （近期1寸正面半身免冠彩色照片） | |
| 出生年月 | | | |  | | | | 民 族 | | |  | | | | |
| 籍 贯 | | | |  | | | | 政治面貌 | | |  | | | | |
| 学 历 | | | |  | | | | 学 位 | | |  | | | | |
| 行政级别 | | | |  | | | | 专业技术职务 | | |  | | | | | | |
| 所学专业 | | | |  | | | | 身份证号 | | |  | | | | | | |
| 取得执业医师（药师）资格时间 | | | | | | | | 年 月 | | | | | | | | | |
| 参加工作  时 间 | | | |  | | | | 开始从事中医药工作时间： 年 月  证明人： 关系： | | | | | | | | | |
| 是否省级  名 中 医 | | | | 是□ 否□ | | | | 确定为省级名中医时间 | | | 年 月 | | | | | | |
| 是否老中医药专家学术  经验继承工作指导老师 | | | | | 是□ 否□ | | | | | | | | 确定为指导  老师的时间 | | | 年 月 | |
| 联系电话 | | | | （办） （宅） （手机） | | | | | | | | | | | | | |
| 学  习  简  历 | 年月至年月 | | | | | 何校何专业或师从何人 | | | | | | 毕（肄）业 | | | | 证明人 | 关系 |
| （从中学开始填写） | | | | |  | | | | | |  | | | |  |  |
| 工  作  简  历 | 年月至年月 | | | | | 工作单位 | | | | | | 从事何种工作 | | | | 证明人 | 关系 |
| （按顺序不得断档） | | | | |  | | | | | |  | | | |  |  |
| 从事临床工作情 况 | | （不超过300字） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要学术思想或技术经 验 | | （不超过300字） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 传承学术、培养继承人情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科研课题及科研成果 | | （不超过5项） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学术著作及学术论文 | | （学术著作不超过5本，论文不超过5篇） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学术兼职情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 献计献策情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何 种  奖 励 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何 种  处 分 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要事迹及贡献（不超过1500字） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | 所在  单位  党委  组织、  纪检  监察  部门  意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | |
| 各级卫生健康部门、党委组织、纪检监察部门审核意见 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县 级 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 市 级 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 省 级 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |

填表说明

总体要求

本着实事求是的原则，依据本填表说明，认真填写各项内容，不能空项，没有或者不是的填写无或否。内容表述准确，简明扼要。

封面部分

1．姓名：填写被推荐者现用名。

2．工作单位：填写被推荐者目前所在单位的全称。

3．推荐单位：填写被推荐者所在市卫生健康行政部门或单位名称。

表格部分

1．照片：粘贴被推荐者近期的1寸正面半身免冠彩色照片。

2．政治面貌：填写被推荐者参加的党派全称或无党派、群众。

3．学历：填写被推荐者获取的国家认可的最高学历。

4．专业：填写被推荐者获取的国家认可的最高学历所学专业。

5．学位：填写被推荐者获取的国家认可的最高学位。

6．行政级别：按国家规定填写被推荐者的行政级别。

7．专业技术职务：填写被推荐者获得的国家认可的最高专业技术职务任职资格（附专业技术职务任职资格证书复印件，作为本表的附件1）。

8．身份证号：填写被推荐者的18位身份证号。

9．取得执业医师（药师）资格时间：填写被推荐者获得《医师资格证书》的时间（附执业医师（药师）资格证书复印件，作为本表的附件2）。

10．参加工作时间：填写人事档案记载的参加工作时间。

11．从事中医药工作的时间：填写推荐者开始从事中医临床工作或中药工作的具体时间，并附人事档案材料等相关证明材料复印件（作为本表的附件3）。

证明人：填写能证明被推荐者上述工作经历的人的姓名。

关系：填写证明人与被推荐者之间的关系。

12．是否省级名中医：填写推荐者是否为省级名中医，并注明取得时间。

13．是否全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师：填写推荐者是否为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，并注明取得时间。

14．学习简历：

（1）需从中学开始填写被推荐者所受的所有国家认可的正规教育经历和师承教育经历。

（2）年月至年月：填写被推荐者接受教育的起止时间。

（3）何校何专业或师从何人：填写被推荐者在上述时间内，在什么学校学习什么专业或填写师承经历（老师姓名、学习专业、时间）。

（4）毕（肄）业：填写被推荐者在上述时间内所在学校学习期满时的情况，分毕业、肄业两类，被推荐者根据实际情况选择填写（附相应的证书复印件，作为本表的附件4）。

（5）证明人：填写能证明被推荐者上述学习经历的人的姓名。

（6）关系：填写证明人与被推荐者之间的关系。

15．工作经历：

（1）被推荐者需按时间顺序详细填写，不得断档。

（2）年月至年月：填写被推荐者在某单位工作的起止时间。

（3）工作单位：填写被推荐者在上述时间内工作的单位的全称，不要简化。

（4）从事何种工作：填写被推荐者在上述工作单位所从事的具体工作。

16．从事临床工作情况：主要指被推荐者在临床工作中的表现，包括门诊情况、临床疗效、群众公认度和社会影响力等。

17．主要学术思想或技术经验：主要指被推荐者独特的学术思想或技术经验，并应充分说明该学术思想或技术经验的创新性、应用情况（同行认可情况）及其对中医药学术进步的影响情况。单纯的中药新药开发不列入。

18．传承学术、培养继承人情况：主要指推荐者传承学术经验、积极培养学术继承人的情况。

19．科研课题及科研成果：主要指被推荐者主持的省部级以上科研课题的名称、来源和取得成果的名称、等级及其成果被应用的情况。若课题或成果为与他人合作完成或共同获得的，在排序中被推荐者不是列第一位的不列入。

20．学术著作及学术论文：主要指被推荐者撰写的、正式出版（发表）的、反映其主要学术思想的学术著作和论文目录及总数。主编或参与编写的学术专著不列入。

21．学术兼职情况：主要指被推荐者参与专业团体、学术组织的情况以及在担任团体组织中的职务。

22．献计献策情况：主要指被推荐者针对中医药事业发展中的重大或关键问题向省级以上党委、政府及有关部门提出的建设性意见和建议（包括人大、政协提案），以及所提的意见和建议为相关部门采纳并对事业发展产生积极影响的情况。

23．何时何地受过何种奖励：填写被推荐者获得的市级以上（含）奖励及获得时间、地点（附相关证明材料，作为本表的附件5）。

24．何时何地受过何种处分：填写被推荐者工作期间受过的处分及时间、地点（附相关证明材料，作为本表的附件6）。

25．所在单位意见：由被推荐者人事关系所在工作单位填写。

26．所在单位党委组织、纪检监察部门意见：由被推荐者人事关系所在工作单位党委组织、纪检监察部门填写。

27．各级卫生健康部门、党委组织、纪检监察部门审核意见：由各级卫生健康部门、党委组织、纪检监察部门审核填写被推荐者填写的情况是否属实。