附件2

浙江省卫生高层次人才培养对象

申 报 表

姓 名：

单 位：

专 业：

推荐单位：

申报类型：**□**领军人才 **□**创新人才 **□**医坛新秀

浙江省卫生健康委员会印制

2020年6月

一、申报人基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 籍 贯 |  | 照片 |
| 出 生年 月 |  | 民 族 |  | 政 治面 貌 |  |
| 身 份证 号 |  | 最高学历、学位 |  |
| 毕 业专 业 |  | 毕业学校 |  |
| 行政职务 |  | 专业技术职务 |  |
| 现从事专业 | （一级学科） | 专业研究方向 |  | 申报的专业组（临床/公共卫生/卫生技术/护理/药学/基础医学/卫生管理） |  |
| （二级学科） |
| （三级学科） |
| 国务院政府特殊津贴入选年份 |  | 省政府特殊津贴入选年份 |  | 国家千人、万人计划入选年份 |  | 省千人、万人计划入选年份 |  |
|  |  |
| 省151人才工程层次及入选年份 |  | 省突出贡献中青年专家入选年份 |  | 市级人才项目名称/入选年份 |  |
| 县级人才项目名称/入选年份 |  | 本单位人才项目名称/入选年份 |  | 是否硕博导 |  |
| 近5年培养博士数 |  | 近5年培养硕士数 |  | 近5年培养规培生数 |  |
| 电 子邮 箱 |  | 联系电话 | （办） |
| （移动） |

二、主要学习工作经历

|  |
| --- |
| 学习经历（从大学起，含国内外进修情况） |
| 序号 | 起止时间 | 院 校（系）名称 | 专业 | 学历/学位 |
| 1 |  年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 2 |  年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 3 |  年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 4 |  年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 5 |  年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 工作经历（含挂职经历） |
| 序号 | 起止时间 | 单位名称 | 从事专业 | 职称/职务 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

三、主要特点描述（领军人才）

|  |  |
| --- | --- |
| 个人主要特点及优势（以具体事例说明） |  |
| 带领学科团队建设的主攻方向和主要成效 |  |
| 具有引领性的学术、技术、临床业务发展情况（以具体数字及案例说明） |  |
| 个人技术、学术成果面向国家、社会重大需求时能够发挥的作用 |  |

三、主要特点描述（创新人才）

|  |  |
| --- | --- |
| 学术主攻方向 |  |
| 个人主要特点及优势（不少于3个具体事例） |  |
| 主要创新学术成果及影响力（不少于3个） |  |
| 在本学科领域发挥的作用及贡献（以具体数字及案例说明） |  |

三、主要特点描述（医坛新秀）

|  |  |
| --- | --- |
| 个人擅长领域（举例说明） |  |
| 个人业务特色、优势潜力及对本单位的临床贡献 |  |
| 跟踪本学科临床领域前沿情况 |  |
| 职业发展定位与目标 |  |

四、未来五年的培养计划

|  |
| --- |
| 说明：对照551卫生人才培养工程实施办法要求制定，包括培养目标与预期成果、所在单位支持情况、培养内容和进度安排、经费预算及使用说明等。 |

1. 主要业绩表（三类人才均需填写）

（一）工作业绩（填写2018-2019两年数据）

1.临床类人才（包括中医学）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 门诊人次数 | 住院人次数 | 院外会诊人次数 | 主刀手术台次 |
| 2018年 |  |  |  |  |
| 2019年 |  |  |  |  |

2.公共卫生类人才

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年份 | 主持处理突发公共卫生事件数或重大疾病预防控制数 | 现场指导、解决疑难复杂专业技术问题数 |
| 2018年 |  |  |
| 2019年 |  |  |

3.卫生技术类人才

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 门诊人次数 | 检查检验人次数 | 院内外会诊人次数 |
| 2018年 |  |  |  |
| 2019年 |  |  |  |

1. 护理类人才

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 管理床位数 | 指导护理病人数 | 检查护理质量病人数 | 管理护士人数 |
| 2018年 |  |  |  |  |
| 2019年 |  |  |  |  |

1. 药学人才（包括中药学）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 主持研发新药数 | 参与研发新药数 | 获得成果数 |
| 2018年 |  |  |  |
| 2019年 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 主持研究项目数 | 参与研究项目数 | 获得成果数 |
| 2018年 |  |  |  |
| 2019年 |  |  |  |

6.基础医学研究人才

7.卫生管理类人才

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年份 | 担任管理职务 | 突出管理事迹举例 |
| 2018年 |  |  |
| 2019年 |  |  |

（二）学术主要业绩（本人主持，代表性3项以内）

1.科研项目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 起止时间 | 科研名称 | 科研级别 | 金额（万元） | 担任角色 |
| 1 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |
| 2 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |
| 3 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |

2.获科技奖励情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 年度 | 获奖项目名称 | 奖励名称 | 授予单位 | 排名 | 证书编号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

3.代表性论文、论著情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发表时间 | 题目 | 发表刊物/出版社 | 排名 | 是否SCI收录 | 他引次数 | 期刊影响因子 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

4.获得专利及著作情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 年度 | 名称 | 授予国家 | 所有者 | 类别/证书号 | 成果转化情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

（三）其他业绩（代表性3项以内）

1．国内（外）学术团体、学术刊物任职情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 起止时间 | 学术团体/刊物名称 | 职务 |
| 1 | 年 月—— 年 月 |  |  |
| 2 | 年 月—— 年 月 |  |  |
| 3 | 年 月—— 年 月 |  |  |

2．学术荣誉称号及其他奖励情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 年度 | 荣誉称号名称 | 授予单位 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

3．国际/国内学术会议报告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 报告时间（年月） | 题目 | 学术会议名称 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

4.承担或参与各类科研基地建设情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 基地名称 | 批准单位 | 取得的成绩 | 资金投入（万元） | 担任角色 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

六、审核意见

|  |
| --- |
| 申报对象承诺：本人承诺以上所填信息均属实。签 名： 年 月 日 |
| 推荐单位意见：盖 章年 月 日需说明：推荐意见及经费配套承诺。 |
| 纪检监察部门意见：盖 章年 月 日 |
| 主管部门（各市卫生健康委、高等医学院校）意见：盖 章年 月 日 |
| 省卫生健康委意见：盖 章年 月 日 |