附件1

|  |  |
| --- | --- |
| **编 号** |  |

浙江省杏林工程领军人才（省级名中医）

评选推荐表

姓 名

专 业

工 作 单 位

第一执业地点

填 表 日 期

浙江省卫生健康委员会

浙江省人力资源和社会保障厅

年 月 日

基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | | 照片  （近期2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 | |  | | |
| 行政职务 | |  | | | 专业技术职务 | |  | | |
| 专 业 | |  | | | 特 长 | |  | | | | |
| 取得执业医师（药师）资格时间 | | | | |  | | | | | | |
| 取得主任中医（药）师资格时间 | | | | |  | | | | | | |
| 参加工作  时 间 | |  | | | 开始从事中医药工作时间： 年 月  证明人： 关系： | | | | | | |
| 第一执业地点 | |  | | | 是否多点执业及地点 | |  | | | | |
| 是否全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师 | | | | | | | | |  | | |
| 是否国家级、省级名中医工作室、流派工作室的负责人（指导老师） | | | | | | | | |  | | |
| 是否国家级、省级中医药重点学科、专科负责（带头）人 | | | | | | | | |  | | |
| 联系电话 | | （办） （宅） （移动电话） | | | | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | |
| 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 |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
| 工  作  简  历 | 年 月至 年 月 | | | 工作单位 | | | 从事何种工作 | | | 证明人 | 关系 |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
| 主要成就及事迹（包括开展临床工作情况、学术思想技术经验及传承情况、学术著作与论文、科研课题与科研成果、省级以上学术团体任职、参与社会团体活动和献计献策等，可另附页） | | | | | | | | | | | |
| 何时  何地  受过  何种  奖励 | |  | | | | | | | | | |
| 何时  何地  受过  何种  处分 | |  | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 所在  单位  意见 | | 申报人和单位提供的信息和证明材料真实准确，同意推荐 为省名中医推荐评选对象。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县级卫生健康部门、人力资源社会保障部门意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 市卫生健康委党委组织、纪检监察部门  意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 市级卫生健康部门、人力资源社会保障部门意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 省卫生健康委、省人力社保厅意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |

中医业务工作量情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 年门诊工作天数 | 年门诊人次数 | 日平均门诊人次 | 处方和药品情况 | | | | | | | 病房工作 | | |
| 中药饮片处方 | | | 药品情况 | | 非药物疗法 | |
| 处方张数 | 处方帖数 | 帖均费用 | 全年药品收入 | 全年饮片收入 | 针灸人次 | 推拿人次 | 天数 | 中医查  房次数 | 经管  病人数 |
| 2017 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：填写以推荐人选的主要执业注册地点的业务数据为准，主任中药师可不填。

科研项目、成果奖励及专利新药情况表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、科研项目 | | | | | |
| 年 度 | 项目名称 | 项目来源 | 核拨经费 | 位次/人数 | 计划类别 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 二、成果奖励 | | | | | |
| 年 度 | 成果名称 | 授予单位 | 奖励等级 | 位次/人数 | 奖励类型 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 三、授权专利/新药 | | | | | |
| 年 度 | 项目名称 | 证 号 | | 类型 | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

注：填写推荐人选近五年取得的厅局级排名前三、省部级及以上排名前五的涉及中医临床研究内容的主要科研课题、成果奖励。

论文著作情况表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、论文 | | | | |
| 年 度 | 论文名称 | 发表刊物名称 | 论文类型 | 位次/人数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 二、著作 | | | | |
| 年 度 | 著作名称 | 出版单位 | 编撰职务 | 位次/人数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：填写推荐人选近五年发表论文、出版著作等。

人才培养情况表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、曾获得的人才培养项目 | | | | | |
| 年 度 | 人才培养称号 | 授予单位 | 培养经费 | 授予时间 | 培养周期 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 二、继教项目承担情况 | | | | | |
| 年 度 | 项目来源 | 项目承担单位 | 项目编号 | 参加人数 | 课时 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 三、师承带徒情况 | | | | | |
| 徒弟姓名 | 工作单位 | 从事专业 | 职 务 | 职 称 | 师承时间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：填写推荐人选近五年市级以上部门授予的有关人才培养称号，省级以上继教项目承担情况，师承带徒是指纳入卫生健康行政部门或所在单位管理的师承工作。

承 诺 书

本人填写的省级名中医评选材料真实，如有任何不实，愿承担相应责任，取消评审资格。

被推荐人：

年 月 日

证明材料要求

1．工作年限。所在单位出具推荐人选从事中医药临床工作年限证明原件（加盖单位公章、主要领导签字)。

2．个人最高学历证书、专业技术资格证书、专业技术职务聘任证书或文件、医师资格证书、医师执业证书、身份证等复印件。

3．各市推荐人选获得市级名中医称号文件复印件。

4．所在单位出具该推荐人选无医德医风问题的证明材料（加盖单位公章、主要领导签字)。

5．推荐人选近五年取得的厅（市）级排名前三、省（部）级及以上排名前五的涉及中医临床研究内容的主要科研课题、成果奖励以及专利、论文、著作等相关证明材料复印件。

6．推荐人选近五年曾取得的由市级以上部门授予的有关人才培养称号、带教中医药人才情况证明材料复印件。

7．推荐人选中医药学术团体任职、荣誉称号等其他证明材料复印件。

8．帖均费用证明。除推荐人选的主要执业注册地点外的其他注册医疗机构，均须按年度提供2017年-2019年中药饮片处方张数、处方帖数、帖均费用（加盖单位公章、主要领导签字)。