附件1

编号：

常州市孟河医派百人传承培养工程

培养对象推荐表

姓 名：

推荐单位：

填报日期：

常州市卫生健康委员会印制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | 出生年月 | | |  | | | | 学历 | |  | | 民族 | |  |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 何时毕业于何校何专业 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术职务 | | | |  | | | 何时受聘 | | | | |  | | | | | 行政职务 | |  | |
| 从事专业 | |  | | | | | | | 从事本专业工作时间 | | | | | | | |  | | | |
| 专业特长 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 身体状况 | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | 单位电话 | | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | 住宅电话或手机 | | | | |  | | |
| 指导老师姓名 | | | | |  | | | 身份证号 | | |  | | | | | | | | | |
| 个人简历（可另附纸）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 近五年在国内外公开发行期刊上发表的主要论文及科研成果奖励： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请从事传承培养的理由、是否能保证教学计划的完成：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指导老师意见（明确是否同意带该培养对象）：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位推荐意见（政治思想表现，医德医风，临床工作能力等）：  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）卫生健康局审核意见：  负责人（签章）： （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市卫生健康委审核意见：  负责人（签章）： （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

编号：

常州市孟河医派百人传承培养工程

指导老师推荐表

姓 名：

推荐单位：

填报日期：

常州市卫生健康委员会印制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 学历 |  | 民族 |  |
| 专业技术职称 | | | | |  | 何时受聘 | | |  | | | 在职或返聘 | |  |
| 从事专业 | | |  | | 从事本专业工作时间 | | | | |  | | 行政职务 | |  |
| 专业特长 | | |  | | | | | | | | | 身体状况 | |  |
| 工作单位 | | |  | | | | | 联系电话 | |  | | 邮政编码 | |  |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | 住宅电话 | |  |
| 是否孟河医派弟子或传承人 | | | | | （请附相关佐证资料） | | | | | | | | | |
| 是否市级以上名中医 | | | | | （请附相关佐证资料） | | | | | | | | | |
| 培养对象姓名 | |  | | | 工作单位 | |  | | | | | | | |
| 培养对象姓名 | |  | | | 工作单位 | |  | | | | | | | |
| 主要学术经验、专长及成就： | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否能够保证教学计划的完成：  签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 现受聘单位推荐意见：  负责人（签章）： （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市级专家组评审意见：  组长签名：  组员签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市卫生健康委审核意见：  负责人（签章）：  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |