附件2

第四届四川省十大名中医

推荐审批表

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 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 参加工作  时 间 | | |  | | 开始从事中医药工作时间：  证明人： 关系： | | | | | | | | | |
| 联系电话 | | | （办） （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） | | | | | | | | | | | | |
| 主要学术思想或传统技艺 | | （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） | | | | | | | | | | | | |
| 学术著作及科研成果 | | （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1000字） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  意见 | | 出席职工（代表）会议\_\_\_人，其中同意\_\_\_人，反对\_\_\_人，弃权\_\_\_人。  （盖章）  年 月 日 | | | | | 纪检  监察  部门  意见 | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 市（州）人力资源社会保障部门意见 | | 负责人：  年 月 日 | | | | | 市（州）卫生健康委（局）、中医药管理部门  意见 | | | | 负责人：  年 月 日 | | | |
| 市（州）人民政府意见 | | 负责人：（签章） 单位： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 专  家  组  意  见 | | 初评专家组得票数 | | | |  | | 复评专家组得票数 | | | | |  | |
| 排名 | | | |  | | 排名 | | | | |  | |
| 专家组组长签字：    年 月 日 | | | | | | 专家组组长签字：    年 月 日 | | | | | | |
| 省政府  审批意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |