附件1

全国中医临床特色技术传承人才

培训项目申报表

**省/市/自治区：**

**申 请 人：**

**工 作 单 位： （盖章）**

**联 系 电 话：**

国家中医药管理局人事教育司

2018年11月制

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职称 |  | 受聘时间 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 从事专业及方向 |  | 从事临床工作时间 | 年 |
| **个人简历**(包括大学以上学习简历和主要工作简历) |
| **学习****简历** | 起止年月 | 学校 | 专业 | 学历及学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作****简历** | 起止年月 | 单位 | 从事何种工作 | 职务及职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **从事中医临床专业情况** |
|  |
| **拟定学习目标及学习计划** |
|  |

二、审核意见

|  |
| --- |
| **所在单位推荐意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **省级中医药主管部门审核意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **国家中医药管理局审批意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |

附件2

全国中医临床特色技术传承人才培训项目培养对象基本情况汇总表

地市级中医药主管部门（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **姓 名** | **性别** | **出生****年月** | **工作单位** | **职 称** | **从事专业** | **从事中医临床****工作时间（年）** | **联系电话** | **拟参加年份（2018/2019）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

请于2018年12月11日前将此表电子版发送至13349297@qq.com。联系电话：029-89620682、89620690。