附件1

全国西学中骨干人才培训项目

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 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **从事临床专业工作情况** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **拟定的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

全国西学中骨干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** | **从事临床工作时间（年）** | **联系电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |

请于2018年12月21日前将《全国西学中骨干人才培训项目培养对象基本情况汇总表》电子版发送至[13349297@qq.com](mailto:yanxiaoqing76@163.com)；联系电话：029-89620682、89620690。