附件2

**第二届驻马店市名中医评选**

**申报书**

**申报人姓名：　　　　 　　　手机：**

**所在单位：　　　　　　　　　　　　　 （盖章）**

**单位地址：**

**办公电话： 邮政编码：**

**电子信箱 ：**

 驻马店市人力资源和社会保障局

 驻马店市卫生和计划生育委员会

**二〇一六年八月制**

一、申报人基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性　别 |  | 出生日期 |  | 照　片 |
| 政治面貌 |  | 民　族 |  | 职　称 |  |
| 学　历 |  | 学　位 |  | 聘任时间 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 行政职务 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 专　业 |  | 专业特长 |  |
| 联系方式 | 手机 |  | 办公电话 |  | E-mail |  |
| 参加工作日期 |  | 从事中医临床工作年限 |  |
| 毕业院校及所学专业 |  |
| 何年被何部门确定为何重点专业或重点学科带头人 |  |
| 获得奖励及荣誉称号 |  |
| 学术团体任职情况 |  |
| 主要学习及工作简历 |  |
| 主要业绩简介 | 个人业务自传（主要体现临床经验、学术思想、学术水平和中医药服务量等方面。空间不够可续页）：  |

二、申报人主要学术论文及著作情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学术论文或著作题目 | 刊物名称、出版单位 | 发表或出版时间 | 位次 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

三、申报人所培养的优秀学术继承人或研究生情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 工作单位及专业 | 学习培养时间 | 培养方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：“学习培养时间”填从何年何月到何年何月；“培养方式”填师承教育或研究生。

四、申报人科研课题、成果及获奖情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 课题名称 | 获奖名称及等次 | 获奖时间 | 排名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

五、申报人承诺

|  |  |
| --- | --- |
| 个人承诺 | 手写如下承诺：“所提供的个人信息和证明材料真实准确，对因提供有关信息、证件不实或违反有关规定造成的后果，责任自负”。 　 个人签名： |

六、医德医风及工作服务量证明材料

|  |
| --- |
| 关于 同志医德医风及工作服务量的证明 |
| 驻马店市卫生和计划生育委员会： 同志，性别 ，年龄 ，系我院 科医生。**一、医德医风情况如下：**□遵纪守法、热爱中医事业；□医德高尚，热心为病人服务；□近五年无违法违纪、行业作风等重大事件；□近五年内无医疗事故发生。（注：请在以上符合项中打“√”。）**二、个人中医药服务情况如下：** 近三年年均门诊量 人次、外埠病人占 %，月均门诊 天，日均门诊量 人次；月均查房 次；业务收入（2014年 元、2015年 元、2016年 元），年均门诊药品收入 元，其中中草药收入 元，中成药收入 元；中医治疗率达到 %。（注：1．时间截止2016年6月30日；2.外埠病人指医院驻地城市区域之外的病人。） 特此证明 单位负责人签名：  （单位公章）时间： 年 月 日 |

七、从事中医临床工作年限的证明

|  |
| --- |
| 关于×××同志从事中医临床工作年限的证明 |
|  |
| 驻马店市卫生和计划生育委员会： |
|  同志，性别 、年龄 ，现担任我院 科（部 |
| 门） 职务，自 年 月起从事中医临床工作，截止2016年 |
| 6月30日,累计从事 年。 |
|  |
|  |
|  |
| 特此证明。 |
|  |
|  |
| 单位负责人签名：　　　　　　　　 |
|  |
|  （单位公章）　　　　　 |
| 时间：　　　　年　　月　　日　 |
| 　 |
|  |

八、审核意见

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位审查推荐意见 |  负责人签名：  （单位公章） 　　 　　 年 月 日 |
| 县人力资源社会保障部门、县卫生和计划生育委员会意见 | 负责人签名： 负责人签名：  （单位公章） （单位公章） 年 月 日 年 月 日 |
| 市人力资源社会保障部门、市卫生和计划生育委员会意见 | 负责人签名： 负责人签名：  （单位公章） （单位公章） 年 月 日 年 月 日 |
| 备 注 |  |