附件2

南京市中医药青年人才培养计划申报表

**申 报 人：**

**工 作 单 位：**

**手 机：**

**电 子 邮 箱：**

**南京市卫生健康委员会制**

**2020年6月**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 照片 |
| **民 族** |  | **出生年月** |  |
| **第一学历** |  | **最高学历** |  |
| **毕业院校** |  | **毕业时间** |  |
| **学 位** |  | **职 称** |  |
| **行政职务** |  | **身 份 证****号 码** |  |
| **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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **是否申请****优先推荐** | □是□否 | **优先条件** |  |
| **近5年从事专业工作情况、主要学术成就及所获荣誉**  |
| **未来5年个人发展规划（研究方向及研究内容、师承学习、国内外进修、学历教育等）** |
| **个人承诺**本人签字： 年 月 日  |
| **所在单位推荐意见**（简要评价申报人的品德、能力等，承诺能够支持申报人按要求完成培养任务）  负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **所在区卫生健康委员会审核意见**负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **南京市卫生健康委员会审核意见**负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |