附表4

青海省西医学习中医骨干人才研修项目

申报表

申 报 人：

工 作 单 位：

手 机：

青海省卫生健康委

2024年9月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 照片 |
| 民 族 |  | 出生年月 | |  |
| 学 历 |  | 学 位 | |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 职 称 |  |
| 从事专业 |  | 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 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 1.既往系统学习中医情况（如无，不填写）；2.对中医药的认识与思考 | | | | | |
| 1.阐述申请理由；2.提出拟达到的目标；3.承诺按要求完成研修任务  签 名：  2024年 月 日 | | | | | |
| 所在单位推荐意见（简要评价申报人的品德、能力等，并承诺能够支持申报人按要求完成研修任务）  负责人（签章）： （单位盖章）  2024年 月 日 | | | | | |
| 市（州）卫生健康委审核意见  负责人（签章）： （单位盖章）  2024年 月 日 | | | | | |

注：相关资质（医师资格证、执业证、职称证、毕业证）复印件随申报书一并提交。