附件6

 序号：□□

天津市青年名中医

推荐审批表

姓 名：

从事专业：

办公电话： 手机：

工作单位：

单位地址：

邮 编：

单位联系人： 电话：

推荐单位：

填 表 时 间： 年 月 日

 天津市卫生健康委员会制表

填表说明

总体要求

1．本着实事求是的原则，依据本填表说明，认真、仔细、如实填写各项内容，如没有或者不是的则填写无或者否。内容表述准确，简明扼要。所有档案及证书复印材料应加盖单位公章。

2．本表一律用计算机填写，用A4纸打印，封面用4号仿宋字，表格内容用仿宋小4号字，可酌情调整行距、字体，但不改变表格整体版式。《推荐审批表》与附件分开装订。所有附件加装封面和目录，用A4纸装订为一本，尽量控制在500页以内。

封面部分

1．序号：推荐时不填写。

2．姓名：需填写准确，并使用本人现用名。

3．单位：填写被推荐者目前所在单位规范的全称。

4．单位地址和邮编：填写被推荐者目前所在单位的通讯地址和邮编。

5. 推荐单位：根据单位管理类属关系，填写被推荐者所在的市或单位名称。

表格部分

1．照片：粘贴被推荐者近期的1寸正面免冠彩色照片或者打印电子彩色照片。

2．政治面貌：填写被推荐者参加的党派全称或无党派。

3．学历、学位、专业：填写被推荐者获取的国家认可的学历、学位及所学专业。

4. 参加工作时间：填写人事档案记载的参加工作时间。

5. 从业状态：填在岗或返聘。

6．身份证号：填写被推荐者身份证号。

7．专业技术职务：填写被推荐者获得的国家认可的副高级以上卫生专业技术职务任职资格及获得时间（附专业技术职务任职资格证书复印件，作为本表的**附件1**）。

8．医师执业类别及执业范围：填写被推荐者《医师执业证书》的执业类别及执业范围（附《医师执业证书》复印件作为本表的**附件2**）。

9．参加工作时间以档案记载为准，累计从事中医药工作的时间填写推荐者开始从事中医临床工作具体时间（附档案履历表等相关证明材料复印件作为**附件3**）。

10．是否区级名中医、硕士导师、博士导师、政府津贴、师承项目导师、优秀中医人才、领军人才、重点专科、重点学科带头人、传承工作室负责人、学术流派代表性传承人等，根据实际情况填写（附证书或佐证材料复印件作为**附件4，**如为文件只复印主要内容）。

11.学习经历（附第一和最高学历、学位证书复印件作为**附件5**）：

（1）需从中学后开始填写被推荐者所受的所有国家认可的正规教育经历和师承教育经历。

（2）起止年月：填写被推荐者接受教育的起止时间，格式：1991.09-1996.07。

（3）学习院校、单位或师从何人：填写被推荐者在上述时间，在何院校学习或单位进修什么专业，在何单位跟师，师承老师姓名、学习专业、时间。

12．工作经历：

（1）被推荐者需按时间顺序详细填写，不中断。

（2）起止年月：填写被推荐者在某单位工作的起止年月，格式：1991.09-1996.07。

（3）工作单位：填写被推荐者在上述时间内工作的单位的全称。

（4）从事专业、职务、职称：填写被推荐者在上述工作单位所从事的具体专业、职务、职称。

13.每周门诊次数：每半天为一次。每次门诊处方量：中医处方量含中药处方及非药物治疗处方。

14．参加学术等社会团体及其他任职：填写被推荐者参加区级以上学术等社会团体及人大政协及有关党群团体，在上述团体中的职务（附相关证明材料作为**附件6**）。

15．学术论文与著作等：填写被推荐者撰写的（第一作者）、正式出版（发表）的、反映其主要学术思想的学术论文和著作等。作为主编的写出本人所写字数，参与编写的著作不列入（附学术论文复印封面及主要内容，著作复印封面、主要目录及代表性内容，作为**附件7**）。

16．科技奖励与科研课题：填写被推荐者主持的厅局级以上科研课题、成果奖励的名称、时间、等级等情况。在排序中被推荐者不是列第一位的不列入（复印课题文件主要内容、科技获奖证书件等相关材料作为**附件8**）。

17. 获得专利、开发药品、院内制剂、研制器材设备等情况（附佐证材料复印件作为**附件9**）**。**

18．获得其他区级以上称号、表彰、奖励等情况（附有关佐证材料复印件作为**附件10**）**。**

19. 自述：学术思想、技术特色、临床业绩、学术传承。填写被推荐者独特的学术思想或技术经验，并应充分说明该学术思想或技术经验的创新性、应用情况（同行认可情况）、对中医药学术进步的影响情况，并有确切的数据，开展传承和培养人才情况。

20．所在单位审核、评价意见：由被推荐者人事关系所在工作单位填写。审核被推荐者填写的情况及所提供材料是否属实，填写所在单位的综合评价，包括被推荐人员的政治表现、业务水平、工作业绩、患者或同行评价、社会效益和经济效益等情况，公示结果及其他需要说明的情况。

21．区级人力资源社会保障、卫生健康部门或直报单位意见：审核推荐表填写的内容及所提供附件材料是否属实，被推荐者是否具备参加“天津市名中医”评审的资格条件等。

附件材料的封面样式（所有附件材料装订为1本，与推荐审批表分开）：

**天津市青年名中医推荐审批**

附件材料

 姓 名：

 从事专业：

 工作单位： （盖章）

目 录

附件1：专业技术职务任职资格证书复印件

附件2：医师执业证书复印件

附件3：档案履历表等相关证明材料复印件

附件4：区级名中医、硕士博士导师、政府津贴、师承导师、领军人才、优秀中医人才等复印件

附件5：第一和最高学历、学位证书复印件

附件6：学术等社会团体及其他任职佐证材料复印件

附件7：学术论文与著作等复印件

附件8：科技奖励与科研课题等佐证材料复印件

附件9：专利、药品、院内制剂、研制器材设备等佐证材料复印件

附件10：其他区级以上荣誉、表彰、奖励等情况佐证材料复印件

附件11：其他证明材料

一、基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片（近期1寸正面半身免冠彩色照片） |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 出 生 地 |  |
| 参加工作时间 |  | 从业状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 最高学历学位及毕业院校、专业、时间 |  |
| 第一学历学位及毕业院校、专业、时间 |  |
| 最高卫生专业技术职务名称及获得时间 |  | 聘任时间 |  |
| 医师执业类别及执业范围 |  | 累计从事中医临床工作年数 |  |
| 现从事专业及开始时间 |  | 现所在科室名称 |  |
| 硕士导师及获得时间 |  | 现行政职务及任职时间 |  |
| 博士导师及获得时间 |  | 区级名中医及获得时间 |  |
| 享受政府津贴及获得时间 |  | 国家级师承指导老师及获得时间 |  |
| 全国优秀中医临床人才及获得时间 |  | 省级师承指导老师及获得时间 |  |
| 省中医药领军人才及时间 |  | 所在科室获重点专科、学科名称、级别及时间 |  |
| 是否学术或学科带头人 | 是/否 | 学术流派代表性传承人 | 是/否 |
| 全国名老中医药专家传承工作室负责人 | 是/否 | 健康状况 |  |

 二、主要学习经历（中学之后的全日制、在职教育及进修、跟师等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 院校、单位或师从何人 | 学习类别、专业 | 学历、学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（表格行数可增减）

三、主要工作经历（从参加工作开始，按时间顺序不间断）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 单位、科室 | 从事专业 | 职务、职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（表格行数可增减）

四、医疗工作量等数据

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目/年度 | 2020 | 2021 | 2022 | 平均 | 说明 |
| 每周门诊次数 |  |  |  |  |  |
| 每次平均门诊量 |  |  |  |  |  |
| 每次门诊平均处方量 |  |  |  |  |  |
| 其中，中医处方量 |  |  |  |  |  |
| 年临床工作天数 |  |  |  |  |  |
| 年门诊人次 |  |  |  |  |   |
| 年出院人次  |  |  |  |  |  |
| 查房次数 |  |  |  |  | 不直接管床位者填 |

五、参加学术、社会团体、政协人大及任职等（10项以内，区级以上）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 何地、何团体 | 所任职务 | 备注 |
|   |   |   |  |
|  |  |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

六、论文、著作、教材、临床路径等（第1作者，优选15项以内）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 发表年月 | 杂志、出版社等名称 | 论文题目、著作名称等 | 著作字数、影响因子、SCI |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

七、科技奖励情况 （省部级二等奖前3名、省部级一等奖前5名；国家级二等奖以上进入排名者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 颁奖部门 | 奖励名称、等级 | 项目名称 | 排名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

八、科研课题情况（优选10项以内，均须为主持人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 发布部门及课题类型 | 课题名称 | 资助 额度 | 是否 结题 |
|   |   |  |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

九、获得专利、开发药品、院内制剂、研制器材设备等情况（10项以内）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 项目类别 | 项目名称 | 项目推广应用和效益 | 排名 |
|  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

十、何时何地受过何种处分或发生医疗事故、严重差错

|  |  |
| --- | --- |
| 年月 | 项目名称内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

十一、获得其他区级以上称号、表彰、奖励情况（10项以内）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 授予部门 | 项目名称 | 排名 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

十二、中医药学术思想、技术特色、临床业绩（精炼至2000字以内）

|  |
| --- |
| 一、主要中医药学术思想、独特经验方法和技术专长。二、临床工作情况。诊疗病种、效果及治疗量。解决疑难、复杂、危重病症能力。三、开展专科学科建设、中医药传承创新、应用新技术培养人才、社会影响等。本人签字： |

十三、单位审核、评价意见及公示情况（300字以内）

|  |
| --- |
|  |

十四、审批意见

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在单位意见 |  （盖章）  年 月 日  | 所在单位纪检部门意见 |  （盖章）  年 月 日  |
| 区级人力资源社会保障部门意见 |  （盖章）  年 月 日  | 区级卫生健康部门意见 |  （盖章）  年 月 日  |
| 主管单位意见 | （盖章）  年 月 日  | 专家评审结论 |   |
| 市人力资源社会保障局意见 |  （盖章）  年 月 日  | 市卫生健康委员会意见 |  （盖章）  年 月 日  |