附件2

编号

西安市名中医推荐表

姓 名

从事专业

技术职称

工作单位

通讯地址

邮政编码

联系电话

填表日期

西安市中医药管理局印制

二〇一七年三月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | |  | | | | 性 别 | |  | | | | 出生年月 | | |  | | | | 照  片 | | |
| 民　族 | |  | | | | 政治面貌 | |  | | | | 健康状况 | | |  | | | |
| 学　历 | |  | | | | 专 业 | |  | | | | 从事专业年限 | | | |  | | |
| 职　称 | |  | | | | 技术资格任职时间 | | | | | |  | | | | | | |
| 研究生导师 | | | | | | 是□ 否□ | | | | | | 师承指导老师 | | | | | | | 是□ 否□ | | |
| 有突出贡献专家 | | | | | | 是□ 否□ | | | | | | 享受政府特殊津贴 | | | | | | | 是□ 否□ | | |
| 每周诊疗时间  （　　）天 | | | | | | 其　　中 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通门诊 | | | | | | 专家门诊 | | | | | 会诊及查房 | | | | |
| 天 | | | | | | 天 | | | | | 天 | | | | |
| 每周诊疗人次  （　　）人次 | | | | | | 其　　中 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通门诊 | | | | | | 专家门诊 | | | | | 会诊及查房 | | | | |
| 人次 | | | | | | 人次 | | | | | 人次 | | | | |
| 日门诊量占  本专业日门诊量的百分比 | | | | | | ％ | | | | | | 日门诊量在  本专业中的排名 | | | | | 第　　位 | | | | |
| 主要诊疗病种 | | | | | |  | | | | | 中医药治疗率 | | | |  | | 疗效 | | | |  |
| 获各级专业技术荣誉称号情况  （含老中医药专家学术经验继承工作及优秀中医临床人才研修项目指导老师） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 荣誉名称 | | | | | | | 荣誉级别 | | | | | 授予单位 | | | | | 授予时间 | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 简  历 | 包括学习及工作简历： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要成就 | 主要从学术思想、临床经验和学术水平方面阐述 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **论文发表及著作出版情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 论 文  或著作名称 | | | | | 刊物名称或出版单位 | | | | | | | 发表或出版时间 | | | | | 本人承担的部分  （名次及撰写数字） | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **承担科研课题情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 课题名称 | | | 批准单位 | | | | | | | 批准时间 | | | | 第几完成人 | | | | 课题进展情况 | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| **获得科技成果及奖励情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 成果（奖励）名称 | | | 批准单位及  获奖等级 | | | | | | | 获奖时间 | | | | 第几完成人 | | | | 推广情况及效益 | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
| **学术团体任（兼）职情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承担继续教育项目情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目名称及  批准单位 | | | | 培训对象 | | | | | 举办时间地点 | | | | 具体承担任务 | | | | | | | 授课学时 | |
|  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位  意　　见 | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 |
| 县（区）级  卫生部门  意 见 | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 |
| 县（区）级  人事部门  意 见 | （单位盖章）  负责人签名： 年 月 日 |
| 评 委 会  评审意见 | 组长签名： 年 月 日 |
| 领导小组  审批意见 | 组长签名： 年 月 日 |

（此表可复制）