|  |  |
| --- | --- |
| 工号： |  |
| 年份： |  |
| 武汉大学口腔医院 |  |
| 临床型副主任医师  职称申报审批表 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名： |  |
|  |  |
| 门诊部： |  |

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | | | | | |
| 姓名： |  | 性别： |  | 出生年月： |  |
| 专业： |  | 最高学位： |  | 最高学位取得时间： |  |
| 现有职称： |  | 聘任时间： |  | 参加工作 时间： |  |
| 近三年年度考核情况 | | | | | |
| 2018年： |  | 2019年： |  | 2020年： |  |
| 近三年年门诊诊疗人次 | | | | | |
| 2018年： |  | 2019年： |  | 2020年： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近三年所获得继续教育学分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018年: | Ⅰ类学分 | |  | 2019年: | | | Ⅰ类学分 | | |  | | 2020年: | Ⅰ类学分 | |  |
| Ⅱ类学分 | |  | Ⅱ类学分 | | |  | | Ⅱ类学分 | |  |
| 论文信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 论文名称 | | 刊物名称 | | | 作者 | 年 | | 月 | 排名 | | 收录情况 | | | 论文类别 | |
|  | |  | | |  |  | |  |  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  |  | |  |  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  |  | |  |  | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病例信息 | | | | | |
| 病例序号 | 病例名称 | 年份 | 病例号 | 是否独立完成 | 合作完成请说明 |
| 病例一 |  |  |  |  |  |
| 病例二 |  |  |  |  |  |
| 病例三 |  |  |  |  |  |
| 病例四 |  |  |  |  |  |
| 病例五 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 援疆、援藏、援外、扶贫经历 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开始时间 | 结束时间 | | | 地区 | | | | 机构名称 | | | | | | 工作职务 | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 获奖、获表彰信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 获奖、获表彰名称 | | | 获奖等级 | | | 奖励类型 | | | | 奖励时间 | | 授奖单位 | | | 排名 |
|  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
| 项目信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目名称 | | | 项目类型 | | | | 项目级别 | | | 项目来源 | 个人经费 | | 起止时间 | | 排名 |
|  | | |  | | | |  | | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | | | |  | | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | | | |  | | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | | | |  | | |  |  | |  | |  |
| 担任门诊主任或副主任情况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担任职务: | |  | | | 开始时间： | | | |  | | | 结束日期： | |  | |
| 任现职以来的主要学术兼职情况（省级以上专业委员会委员或市级以上专业委员会常务委员） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 业绩成果综述（任现职以来临床工作、带教工作、团队协作、业务创新水平等情况，500以内） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 个人承诺  本人郑重承诺以上所有信息及所附证明均真实、准确、有效；不以任何方式影响评审的客观公正性，积极拥护营造清风气正的学术评价环境，认同医院评审程序，尊重医院评审结果。  申报人签字：    年 月 日 |
| 门诊部审查意见  以上申报材料已在门诊部公示，经公开展示，确认申报材料真实、有效。  负责人签字： 年 月 日 |
| 基层党组织鉴定意见（对岗位申请者思想政治素质、师德师风、医德医风、学术诚信、职业道德等评价）  基层党支部书记签字： 年 月 日 |
| 单位资格审查  我单位已严格按照文件规定对申请人材料进行审核，确认申报材料真实、有效。  负责人签字： 年 月 日 |
| 医院职称评审会评议  主任签字： 年 月 日 |