|  |  |
| --- | --- |
| 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 |