

# 武汉市卫生健康委员会

---

## 市卫生健康委关于开展第八批中青年 医学骨干人才选拔的通知

各区卫生健康（卫生）局，有关单位：

根据《武汉中青年医学骨干人才培养工程实施办法》（武卫计〔2013〕35号，以下简称《办法》），2020年将开展第八批中青年医学骨干人才选拔工作。现将有关事项通知如下：

### 一、选拔对象

武汉地区医疗卫生行业（含医疗、预防、保健、科研及中医药等领域）从业的卫生专业技术人员，对参与新冠肺炎疫情防治的一线医务人员予以适当倾斜，重点面向市级以上（含市级）重点专学科及十大国家级疑难重症诊疗中心中青年专业人才开展选拔。

### 二、选拔数量

计划选拔125名左右，具体数量视各区、各单位推荐及评审情况确定。

### 三、推荐条件

#### （一）基本条件

1. 具有良好的政治素质、医德修养和严谨的治学态度，具备求实、创新、协作精神；

---

2. 具有强烈的事业心和敬业精神，较强的专业理论知识和扎实的实践技能，具有发展潜质；

3. 身体健康，原则上要求中级及以上职称，年龄不超过40周岁（计算截止日期为2020年12月31日）。

4. 近3年内无重大医疗事故、工作差错，无学术不端行为。

（二）除上述基本条件外，还应具备下列条件之一：

1. 近5年作为第一作者或通讯作者在中文核心期刊杂志发表专业论文3篇以上；高校附属医院申请者应作为第一作者或通讯作者在SCI期刊杂志发表专业论文1篇以上；

2. 近5年作为主要负责人承担市级以上课题至少1项；高校附属医院申请者需作为主要负责人承担至少2项省级科研课题或至少1项国家自然科学基金面上项目课题；课题逾期未结题者不得申报。

3. 工作业绩突出，在本专业领域疾病的预防控制、诊断治疗、基础研究中做出了较大贡献，得到社会和同行公认。

4. 曾入选过武汉中青年医学骨干人才培养工程的不得重复申报。

（三）推荐名额

以各区卫生健康局或二级以上独立法人医疗卫生机构为单位进行推荐，推荐名额按以下标准执行：三级甲等医院推荐5人；三级乙等医院及市属公共卫生机构推荐3人；二级医院推荐1人，拥有市级以上（含市级）重点专学科的二级医院推荐名额可增加1人；其他医疗卫生机构（区级疾控



中心、妇幼健康服务机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等)符合条件的人选,由各区卫生健康局统筹推荐1-2名。

#### (四) 选拔程序

1. 个人申请。符合选拔条件和选拔范围的对象均可向所在单位提出申请,填写《武汉市中青年医学骨干人才培养工程申报书》,提供相关业绩证明材料,并对所提供材料的真实性负责。

2. 单位推荐。各单位根据推荐名额,组织开展选拔推荐工作,并于2020年7月22日至7月31日之间将推荐报告(纸质版1份)、《武汉市中青年医学骨干人才推荐人选汇总表》(纸质版1份和电子版)、《武汉市中青年医学骨干人才培养工程申报书》(纸质版一式5份和电子版)和相关证明材料(纸质版1份)报至武汉医药卫生学会联合办公室继教部。推荐报告、汇总表和申报书须加盖单位和主管部门公章。

3. 资格审查。武汉医药卫生学会联合办公室负责对推荐人选进行资格审查,将符合推荐要求的人选提交专家委员会。

4. 专家评审。市卫生健康委及武汉医药卫生学会联合办公室协调相关部门成立专家评审委员会,对被推荐人的专业技术能力、学术水平和发展潜力等情况进行评审,同时综合考虑国家医疗卫生服务中心重点专学科建设和十大诊疗中心人才梯队建设的要求,提出入选建议名单。

5. 办公会研究确定。入选建议名单报市卫生健康委办公

会研究讨论，确定入选名单。

6. 公示。入选名单通过市卫生健康委官网向社会公示，经公示无异议后向社会公布。

#### （五）管理考核

入选人员培养周期为 3 年，市卫生健康委与入选人员签订培养协议，对入选人员实施目标管理，开展年度考核和终期考核。武汉国家医疗卫生服务中心建设人才工作专项资金给予资金支持，用人单位按不低于 1:2 的比例配套给予经费，并建立适当的激励制度。经费主要用于中青年骨干人才开展自由选题研究、参加国内外学术交流和培训活动等。

### 四、相关要求

（一）各区卫生健康局、各有关医疗卫生单位要高度重视中青年医学骨干人才选拔工作，在本辖区、本单位内积极宣传发动，鼓励卫生专业技术人员踊跃报名参选，做好材料核实工作，按要求报送推荐人选。

（二）申报人员需诚实守信，对于不实的数据、资料，一经发现，取消参选资格，3 年内不得再次申报。

### 五、联系方式

（一）市卫生健康委科教外事处

联系人：龚明洁、杨硕

电话：85697943      QQ: 427433457

（二）武汉医药卫生学会联合办公室继教部

联系人：魏炯

电话：82830525      邮箱：whsyxhjbb@163.com

地址：江岸区胜利街 155 号

- 附件：1. 武汉市中青年医学骨干人才培养工程申报书  
2. 武汉市中青年医学骨干人才推荐人选汇总表



附件 1

# 武汉中青年医学骨干人才培养工程 申 报 书

申报人\_\_\_\_\_

所在单位\_\_\_\_\_

联系电话\_\_\_\_\_ (办公) \_\_\_\_\_ (手机)

电子邮箱\_\_\_\_\_

填表日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

武汉市卫生健康委制

姓 名		性 别		(照片)
身份证号		出生日期	年 月 日	
现专业技术职务任职资格		政治面貌		
获得最高学历（学位）的院校及专业、学历（学位）				
工作单位及职务				
教育经历 (从本科填起)				
工作经历 (兼职请注明,包括进修经历、抗疫经历)				

**论文与专著情况（近5年内第一作者）**

（论文题目、发表时间、刊物、卷期页码范围）

**承担或参与科研课题、国际合作、重大项目情况（近5年内，排名前三）**

（项目名称、项目标号、经费、起止年月、项目来源，目前完成情况）



**学术团体任职及社会兼职情况**

(学术团体或兼职单位名称、职务、任免职时间)

**所获荣誉称号及奖励情况 (近 5 年, 科技奖励排名前 5)**

(荣誉称号及奖励名称、授奖单位、等级、排名、获奖时间)

**三年工作设想**（主要包括工作目标、主要形式、工作内容、预期贡献及现有基础、团队等，要有量化指标）

本人郑重承诺：

本人以上信息均真实有效。

申报人签字：

年 月 日

推荐单位意见

1、推荐理由：

2、支持条件（包括工作和生活等方面）：

主要负责人签字：

单位（公章）

主管部门审核意见

1、对以上材料的审核意见:

2、推荐理由:

3、可提供的支持措施:

主要负责人签字:

单位(公章)

年 月 日



专家推荐意见

签字:

签字:

年 月 日

武汉市卫生健康委意见

(公章)

年 月 日

附件 2

# 武汉中青年医学骨干人才推荐人选汇总表

申报单位（盖章）：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

填报人：\_\_\_\_\_

单位	姓名	性别	出生年月	最高学位 (学历)	职称	专业	所在专科 (部门)	所在专科(部门) 重点专学科层次	论文专著	科研项目	最高学术任 职	荣誉奖励
								<input type="checkbox"/> 区级 <input type="checkbox"/> 市级 <input type="checkbox"/> 省级 <input type="checkbox"/> 国家级				
								<input type="checkbox"/> 区级 <input type="checkbox"/> 市级 <input type="checkbox"/> 省级 <input type="checkbox"/> 国家级				
								<input type="checkbox"/> 区级 <input type="checkbox"/> 市级 <input type="checkbox"/> 省级 <input type="checkbox"/> 国家级				
								<input type="checkbox"/> 区级 <input type="checkbox"/> 市级 <input type="checkbox"/> 省级 <input type="checkbox"/> 国家级				

注：1、汇总表所填报内容需与人才申报书一致。  
 2、推荐人选“所在专科重点专学科层次”按相应层级勾选，如没有则注明“无”；  
 3、“论文专著”和“科研项目”按水平高低列出前5篇；  
 4、“荣誉奖励”按层次高低列出前5项。