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） |  |
| **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 |