附件：1

“云南省第五届优秀青年中医”申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | 民 族 |  | | 照  片 |
| 年 龄 | |  | 职 称 | |  | | | |
| 工作年限 | |  | 学 历 | |  | | | |
| E-mail | |  | | | 手 机（传真） | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | 邮 政 编 码 | |  | | |
| 本人简历（主要学术经验、专长：限500字，不够填写者可另附页） | | | | | | | | | |
| 代表作品 | 题目或书名 | | | 出版社或杂志 | | | | 出版时间或卷次 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 主要科研项目（限三项） | 项目来源 | | | 课 题 | | | | 起止时间 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 主要获奖情况（限三项） | 奖励名称 | | | 授奖机构 | | | | 获奖时间 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 所在单位申报意见：  （盖章）  负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 州（市）卫生局（中医药学会）审核意见：  （盖章）  负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 云南中医药学会审核意见：  （盖章）  负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |