附件4

来宾市第二批名中医申报推荐登记表

姓 名

从事专业

技术职称/职务

申请评选类别

工作单位

联系电话

填表日期

来宾市第二批名中医评选工作领导小组办公室印制

2022年4月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | | 性 别 | | | |  | | | | | 出生年月 | | | | | |  | | | | | | 照  片 | |
| 民族 | | |  | | | 政治面貌 | | | |  | | | | | 健康状况 | | | | | |  | | | | | |
| 学历 | | |  | | | 专 业 | | | |  | | | | | 从事临床年限 | | | | | |  | | | | | |
| 职 称 | | | | | |  | | | | | | | | | 技术资格任职时间 | | | | | | |  | | | | | | |
| 研究生导师 | | | | | | 是 否 | | | | | | | | | 政府拔尖人才 | | | | | | | 省级 市级 | | | | | | |
| 突出贡献专家 | | | | | | 省级 市级 | | | | | | | | | 享受政府特殊津贴 | | | | | | | 国家 省级 | | | | | | |
| 近三年（19-21年）门诊处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂、中药颗粒剂）处方数比例（%） | | | | | | | | | | | |  | | | 近三年（19-21年）住院处方中，中药（饮片、中成药、医院制剂、中药颗粒剂）处方数比例（%） | | | | | | | | | | | | |  |
| 近三年（19-21年）门诊处方中，中药饮片处方数比例（%） | | | | | | | | | | | |  | | | 近三年（19-21年）住院处方中，中药饮片使用率（%） | | | | | | | | | | | | |  |
| 近三年（19-21年）门诊处方中，中医非药物疗法处方数比例（%） | | | | | | | | | | | |  | | | 近三年（19-21年）住院处方中，中医非药物疗法处方数比例（%） | | | | | | | | | | | | |  |
| 近三年（19-21年）度平均每周诊疗时间  （　） | | | | | | 小时计算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通门诊 | | | | | | | | | 专家门诊 | | | | | | | | | 会诊及查房 | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 近三年（19-21年）度平均每周诊疗人次  （　） | | | | | | 小时计算 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通门诊 | | | | | | | | | 专家门诊 | | | | | | | | | 会诊及查房 | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| **获各级专业技术荣誉称号情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 荣誉名称 | | | | | | 授予单位 | | | | | | | | | 授予时间 | | | | | | | | | 荣誉级别 | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| **简**  **历** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主**  **要**  **成**  **就** | 主要体现临床经验、学术思想和学术水平方面： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **发表论文及著作出版情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 论文/著作名称 | | | | 刊物名称/出版单位  （学术会议名称） | | | | | | | 第几作者 | | | | | | 发表/出版时间 | | | | | | 本人承担部分/撰写字数 | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **科研承担科研课题情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科研课题名称 | | | | 批准单位 | | | | | 批准时间 | | | | | | | 级别 | | | | 第几完成人 | | | | | | 课题进展 | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **科技成果及奖励情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科技成果名称 | | | | | | | 获奖名次/等级 | | | | | | | 获奖时间 | | | | 第几完成人 | | | | | 推广情况及效益 | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| **学术团体任（兼）职情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承担继续教育项目情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目（培训）名称 | | | | | 级 别 | | | 培训对象 | | | | | 授课学时 | | | | | | 具体承担任务 | | | | | | 举办时间地点 | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 申请承诺：  本人承诺申报内容真实，如有不实，自愿放弃申报来宾市第二批名中医资格。  申请人签名 ：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位  意 见 | 推荐意见：    本单位承诺本申报表内容真实，并同意推荐申报来宾市第二批名中医（推荐类别： ）。  （单位盖章）  年 月 日 |
| 县（市、区）审核  意 见 | 审核意见：    （单位盖章）    年 月 日 |
| 市卫健委  意 见 | 审定意见：    （单位盖章）  年 月 日 |
| 市人社局  意 见 | 审定意见：    （单位盖章）  年 月 日 |

（此表可复制）