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）