附件3

第 批北京市东城区中医学术经验继承人申报表

|  |
| --- |
| 贴照片处 |

 申报单位（章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 学历 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 何时毕业于何校何专业 |  |
| 医学学位 |  | 现有职称 |  | 受聘时间 |  |
| 从事专业 |  | 从事本专业工作时间 |  |
| 工位单位地址 |  | 单位电话 |  | 手机 |  |
| 指导老师意向 | 1. 2. 3. 服从调剂 □是 □否  |
| 个人简历（可另附纸）： |
| 以往在国内外公开发行期刊上发表的论文及成果奖励： |
| 申请从事继承学习的理由、是否能保证教学计划的完成：  申报人签字：   |
| 所在单位推荐意见（政治思想表现、医德医风、临床工作能力等）：负责人（签字）： 单位（章） 年 月 日 年 月 日 |
| 东城区卫生计生委审核意见：负责人（签字）： 单位（章） 年 月 日 年 月 日  |