附件3 2020年住培“优秀指导医师”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人  信息 | 姓名 |  | | | 性别 | □男 □女 | | | | 年龄 | |  |
| 证件 |  | | | 证件号码 | | | |  | | | |
| 手机 |  | | | 邮箱 | | |  | | | | |
| 所在单位 | | |  | | | | | | | | |
| 技术职称 | | □正高  □副高  □主治 | | | | 现任职务 | | | | □院长 □副院长 □科主任 □教学主任 □主治医生 | |
| 带教年限 | | □3年～5年  □5年（含）～8年  □8年（含）以上 | | | | 目前  带教人数 | | | | □2人  □3人  □4人（含）以上 | |
| 主要事迹 | (应包含评选标准所要求的主要成绩，学术成果及所获奖项等，可另附页) | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 省级卫生健康委科教处意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

附件4 2020年住培“优秀专业基地主任”推荐表

（说明：评选对象含专业基地教学主任。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人  信息 | 姓名 |  | | | 性别 | □男 □女 | | | | 年龄 | |  |
| 证件 |  | | | 证件号码 | | | |  | | | |
| 手机 |  | | | 邮箱 | | |  | | | | |
| 所在单位 | | |  | | | | | | | | |
| 技术职称 | | □正高  □副高  □中级 | | | | 现任职务 | | | | □科主任  □教学主任  □病区负责人  □其他 | |
| 带教管理  年限 | | □3年～5年  □5年（含）～8年  □8年（含）以上 | | | | | | | | | |
| 主要事迹 | (应包含评选标准所要求的主要成绩，学术成果及所获奖项等，可另附页) | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 省级卫生健康委科教处意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

附件5 2020年“优秀住培基地负责人”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人  信息 | 姓名 |  | | | 性别 | □男 □女 | | | 年龄 |  |
| 证件 |  | | | 证件号码 | | |  | | |
| 手机 |  | | | 邮箱 | |  | | | |
| 所在单位 | | |  | | | | | | |
| 技术职称 | | □正高 □副高 | | | | | | | |
| 管理年限 | | □3年～5年  □5年（含）～8年  □8年（含）以上 | | | | | | | |
| 主要事迹 | (应包含评选标准所要求的主要成绩，学术成果及所获奖项等，可另附页) | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 省级卫生健康委科教处意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件6 2020年“优秀住培管理工作者”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人  信息 | 姓名 |  | | | 性别 | □男 □女 | | | | 年龄 | |  |
| 证件 |  | | | 证件号码 | | |  | | | | |
| 手机 |  | | | 邮箱 | |  | | | | | |
| 所在单位 | | |  | | | | | | | | |
| 单位类别 | | □管理机关  □住培基地  □教学/协同单位  □院校基地 | | | | | | 技术职称 | | □正高 □副高  □中级 □初级 | |
| 现任职务  类别 | | □行政管理  □教学管理  □其他 | | | | | | 管理年限 | | □3年～5年  □5年（含）～8年  □8年（含）以上 | |
| 主要事迹 | (应包含评选标准所要求的主要成绩，学术成果及所获奖项等，可另附页) | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 省级卫生健康委科教处意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

附件7 2020年“优秀住院医师”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人  信息 | 姓名 |  | | 性别 | □男 □女 | | | 年龄 | | |  | | |
| 证件 |  | | 证件号码 | | |  | | | | | | |
| 手机 |  | | 邮箱 | |  | | | | | | | |
| 毕业院校 | |  | | | | | 所学专业 | | | |  | |
| 学历 | |  | | | 学位 | | | |  | | | |
| 毕业时间 | |  | | | 接受培训时间 | | | |  | | | |
| 所在单位 | |  | | | | | | 培训科目 | | | |  |
| 主要事迹 | (应包含评选标准所要求的主要成绩及所获奖项等，可另附页) | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 省级卫生健康委科教处意见 | （签章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |