附件1：

第七届云南省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 |  | | | | | | | |
| 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 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 所在单位推荐意见：  （盖章）  负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在地卫健局（委）/中医药学会推荐意见：  （盖章）  负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 云南省中医药学会审核意见：  （盖章）  负责人（签章）： 年 月 日 | | | | | | | | |