附件1：

第八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 | | | | | | | | |

评委会对候选人进行**复审**

对候选人进行**介绍展播**并开启**网络投票**

由云南省中医药学会组织评审专家对候选人申报材料进行综合评审并打分，确定**“云南省优秀青年中医”最终入选者**名单。