附件1

内蒙古自治区中医药（蒙医药）领军人才

支持项目申报表

**盟 市：**

**申 请 人：**

**工 作 单 位： （盖章）**

**联 系 电 话：**

内蒙古自治区卫生健康委员会

2021年9月制

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职称 |  | 受聘时间 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 从事专业及方向 |  | 从事临床工作时间 | 年 |
| **个人简历**(包括大学以上学习简历和主要工作简历) |
| **学习****简历** | 起止年月 | 学校 | 专业 | 学历及学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作****简历** | 起止年月 | 单位 | 从事何种工作 | 职务及职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **从事中医（蒙医）临床、科研、学科团队情况（可附页）** |
|  |
| **拟定学习目标及学习计划（可附页）** |
|  |

二、审核意见

|  |
| --- |
| **所在单位推荐意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **盟市级中医药（蒙医药）主管部门审核意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **内蒙古自治区卫生健康委审批意见** |
| 负责人（签章）： （单位盖章）年 月 日 |

附件2

内蒙古自治区中医药（蒙医药）领军人才支持项目汇总表

盟市级中医药（蒙医药）主管部门（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **姓 名** | **性别** | **出生****年月** | **工作单位** | **职 称** | **从事专业** | **从事中医临床****工作时间（年）** | **联系电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |