**中日友好医院老中医药专家学术经验传承工作**

**传承人申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 | |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 科室 |  |
| 最高学历/学位 |  | 职称 |  | 聘任时间 |  |
| 职务 |  | 现从事专业及专长 |  | | |
| 电话 |  | 电子邮箱 |  | | |
| **教育经历（自何年月至何年月，在何地、何学校或单位学习，获何学位，按时间倒序排列）** | | | | | |
|  | | | | | |
| **工作经历（自何年月至何年月，在何地、何单位工作，何职称，按时间倒序排列）** | | | | | |
|  | | | | | |
| **学会任职或社会职务** | | | | | |
|  | | | | | |
| **个人荣誉** | | | | | |
|  | | | | | |
| **承担或参与科研课题** | | | | | |
|  | | | | | |
| **代表性论文或著作** | | | | | |
|  | | | | | |
| **个人简介与学术特长（1000字以内）** | | | | | |
|  | | | | | |
| **所在单位管理部门意见** | | | | | |
| **年度考核情况：**  **医患关系情况：** | | | | | |
| 我院同意该同志到中日友好医院参加传承学习，并保证其脱产学习时间。  管理部门签章：  日期： | | | | | |

申报人签名：

日期：