**首都十大杰出青年医生评选推荐表**

**单 位：**

**姓 名：**

**填写日期： 年 月 日**

1. **基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **一寸照片** |
| **政治面貌** |  | **民族** |  | **学历** |  |
| **职务** |  | **职称** |  | **专业** |  |
| **工作单位** |  | | | **参加工作时间** |  | |
| **联系方式** | **固话** | | | **手机** | | |
|  | | |  | | |
| **毕业院校** |  | | | | | |
| **工作简历** |  | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|

1. **主要事迹**

|  |
| --- |
| 主要体现临床能力（专业特长与临床经验）、学术水平（理论研究与科研情况）及对医疗事业和社会的贡献等方面（字数过多可附页）： |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

1. **奖励与荣誉称号**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **奖励或荣誉名称** | **位次（科技奖励）** | **批准或授予单位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**说明：需提交荣誉证书/奖状的复印件。**

1. **主要临床经验总结、学术论文、教材及著作情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **临床经验总结、学术论文或著作题目** | **刊物名称或出版单位** | **发表或出版时间** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**说明：需提交实际刊物的封面及发表内容的复印件。**

1. **初评推荐情况**

|  |  |
| --- | --- |
| **个人承诺** | **个人签名：** |
|
| **所在单位审查推荐意见** | **审查人签名：**  **（单位盖章）**  **年 月 日** |
|
|
|
|
|
| **评审团初评推荐意见** | **负责人签名：**  **年 月 日** |
|
|
|
|
|