**2016年度北京中医药大学东直门医院**

**青苗人才计划申请表**

1. **申报人基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 出生年月 | |  |
| 专业技术职称 |  | 行政职务 |  | | | 所在科室 | |  |
| 最高学历 |  | 毕业时间及院校 | | | | 年 月毕业于 | | |
| 最终学位 |  | 最终学位授予  单位及日期 | | |  | | | |
| 研究方向 |  | | | | | | | |
| 申报人电话 |  | | | 申报人手机 | | |  | |
| 申报人邮箱 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题名称 | 课题级别 | 任务下达部门 | 起止时间 | 主持或参与 | 经费  （万元） | 课题组  排名 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 承担课题汇总 | 主持：国家级（ ）项 ；省部级（ ）项；市局级（ ）项  参与：国家级（ ）项 ；省部级（ ）项；市局级（ ）项 | | | | | |

**二、承担的科研课题目录（近三年[2013-2015]，承担或主要参与厅局级以上课题情况，以国家级、省部级、市局级顺序依次填写）**

**注：请附课题任务书的封面、成员排名页，最后盖章页，并标出本人的姓名**

**三、发表论文、出版专著情况（近五年[2011-2015]以第一、通讯作者发表的主要论文，被SCI、EI收录请在名称后标注）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 专著/论文名称 | 出版社/刊物名称 | 发表时间 | 影响因子 | 第一或通讯作者 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 论文/专著汇总 | 中文核心期刊（ ）篇；SCI/EI（ ）篇 | | | |

**注：请附出版专著、发表论文刊物的封面及目录复印件，并标记出本人的姓名**

**四、获奖情况（近5年[2011-2015]获得校级一等奖及以上的科技进步奖、自然科学奖或教学成果奖的主要完成者）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 获奖名称 | 获奖类别 | 获奖等级 | 获奖时间 | 奖励授予的部门 | 本人排名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：请附获奖证书复印件**

**五、获得专利情况（近5年[2011-2015]）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 获得专利名称 | 专利号 | 本人排名 | 批准时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：请附专利证书复印件，并标记出本人的姓名**

**六、参加社会团体任职情况（近5年[2011-2015]）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 社会团体名称 | 任职起止时间 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**注：请附相应证明材料**

**七、参加国外进修、培训及国际交流情况（近5年[2011-2015]）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 进修、培训及国际学术交流的名称 | 时间 | 地点 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：请附相应证明材料**

**八、本人承诺**

|  |
| --- |
| 本人承诺以上信息真实有效。  签字：  年 月 日 |

**九.科室推荐意见**

|  |
| --- |
| **1.上述申报材料真实性；**  **2.申报人入职以来，未出现过医疗事故、严重差错、重度缺陷、教学差错或违背职业道德的问题，未出现过学术不端行为；**  **3.科研能力的评价；**  **4.** **申报人符合《东直门医院青苗人才培养计划实施办法》中选拔的必备条件：**  **是 否**        科室负责人签字：  年 月 日 |

**注：本表请勿调整格式并正反面打印**