附件1

四川省首届临床技能名师

申报表

个人姓名：

从事专业（填写三级学科）：

推荐单位：

**四川省卫生和计划生育委员会**

**填报日期：2017年 月 日**

一、个人信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | | 照 片  （小2寸蓝底  免冠证件照） | |
| 出生日期 |  | 民 族 | |  | | |
| 学 历 |  | 学 位 | |  | | |
| 籍 贯 |  | 党 派 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 最高学历  毕业院校 |  | | | | | | | |
| 专业技术职务 |  | | 从事专业 | |  | | | |
| 工作单位及职务 | （填写工作单位名称时要与单位公章一致） | | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | 单位性质 | |  |
| 单位电话 |  | | 邮政编码 | | |  | | |
| 电子信箱 |  | | 手 机 | | |  | | |

二、主要学历（从大专或大学填起，5项以内）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 校（院）及系名称 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

三、主要工作经历（6项以内）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 起止年月 | 工 作 单 位 | 职务/职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

四、能力水平、业绩和贡献自我评价（限800字）

|  |
| --- |
|  |

五、单位推荐意见

|  |  |
| --- | --- |
| **工**  **作**  **单**  **位**  **意**  **见** | 负责人签字： 盖章：  年 月 日 |
| **纪检监察部门、卫生计生部门意见** | 负责人签字： 盖章：  负责人签字： 盖章：  年 月 日 |

**六、市（州）卫生计生委意见**

|  |
| --- |
| 负责人签字： 盖章：  年 月 日 |

**七、省卫生计生委意见**

|  |
| --- |
| 负责人签字： 盖章：  年 月 日 |