附件2

**2023年中华中医药学会雏鹰计划**

**中医临床青年人才研修项目申报表**

**分 支 机 构：**

**申 报 人：**

**工 作 单 位：**

**联 系 电 话：**

**电 子 邮 箱：**

**中华中医药学会发展研究办公室制**

**2023年8月**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 学 历 |  | 学 位 |  |
| 职 称 |  | 学会会员证号 |  | 分支机构职务 |  |
| 从事专业及方向 |  |
| 每周临床工作时间 |  工作日 | 从事中医临床工作时间 |  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** | 起止时间 | 学校 | 专业 | 学历及学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **工作****简历** | 起止时间 | 单位 | 从事何种工作 | 职务及职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **从事中医临床工作情况** | （不超过500字） |
| **主要学术思想（观点）** | （不超过500字） |
| **研修计划****（以半年为时间节点）** | **起止时间** | **研修内容** | **阶段性成果** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **所在单位意见** |
| （是否符合申报条件、是否同意推荐及匹配研修经费） 负责人（签字或盖章）： （单位盖章）年 月 日 |
| **推荐单位（分支机构）意见** |
| 负责人（签字或盖章）：  年 月 日 |
| **中华中医药学会审批意见**（盖章）年月日 |
| （盖章）年 月 日 |