附件



中华中医药学会

“青年人才托举工程”申报书

（2025-2027年度）

申 请 人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

工作单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

专业领域：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

学科分类：□中药 □临床 □基础

申请类型: 中华中医药学会立项

推荐方式：□地方学会 □分支机构 □单位会员

□青委会 □同行专家推荐 □会员自荐

□各有关单位

|  |
| --- |
| 一、基本信息 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 职称职务 |  |
| 专 业 |  | 研究方向 |  |
| 联系手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 单位电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 会员编号 |  |
| 二、主要教育经历（从大专或大学填起，3项以内） |
| 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 学位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 三、主要工作经历（3项以内） |
| 起止年月 | 工作单位 | 职务 | 职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 四、获奖情况（8项以内） |
| 序号 | 获奖时间 | 奖项名称 | 奖励等级（排名） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 五、论文专著及知识产权成果情况（限有代表性的10项以内） |
| 序号 | 论文/专著名称 | 年份 | 排名 | 发表刊物或出版社名称 | 检索收录情况 | 被引次数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 六、主要科研经历及贡献（限有代表性的3项以内） |
| 序号 | 课题名称 | 年份 | 排名 | 级别 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 七、托举三年的主要规划及目标 |
| 内容需包括立项背景、研究计划、研究目标、研究的创新性、个人成长发展规划，重点围绕三年研究计划（2025年-2027年），突出研究工作的创新和意义。（3000字以内） |
| 八、主要考核目标及资金使用计划 |
| 年度 | 主要考核指标 | 资金使用方向与重点 |
| 2025年度 |  |  |
| 2026年度 |  |  |
| 2027年度 |  |  |
| 九、推荐意见 |
| **（一）渠道推荐（限地方学会、分支机构、单位会员、青委会填写）** |
| 对推荐人选职业道德、相关陈述的真实性作出承诺，明确是否同意推荐推荐渠道：🞎地方学会 🞎分支机构 🞎单位会员 🞎青委会 🞎同行专家推荐 🞎会员自荐 🞎各有关单位推荐单位负责人签字： 推荐单位盖章（单位公章）：分支机构名称： 年 月 日**备注：分支机构推荐需注明分支机构名称，并请主任委员签字。** |
| **（二）同行专家推荐（如选择专家推荐渠道，则必须有3名专家推荐，其中本学科领域同行专家不少于2名）** |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 职务/职称 | 专业 | 工作单位 | 联系手机 | 联系邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注 | （如推荐人中有院士、国医大师，请备注） |
| 推荐专家意见：1.推荐专家：本人愿意主推荐此人为中华中医药学会青年人才托举项目候选人，我保证上述信息真实，并有义务接受评审专家的电话咨询。签字：1. 推荐专家：

本人愿意主推荐此人为中华中医药学会青年人才托举项目候选人，我保证上述信息真实，并有义务接受评审专家的电话咨询。签字：1. 推荐专家：

本人愿意主推荐此人为中华中医药学会青年人才托举项目候选人，我保证上述信息真实，并有义务接受评审专家的电话咨询。签字： |
| 十、申报人声明 |
| 本人对以上内容及全部附件材料进行了审查，对其客观性和真实性负责。申报人签名： 年 月 日**备注：申报人本人必须签字，否则无效。** |
| 十一、工作单位意见 |
| 被托举人工作单位对推荐人选职业道德、相关陈述的真实性以及支持保障措施的落实作出承诺，明确是否同意推荐。单位负责人签字：单位盖章（公章）：年 月 日**备注：工作单位负责人必须签字，否则无效。** |