

医疗卫生育才先进集体（优秀人才团队）和医疗卫生骨干（优秀基层全科医生）推荐汇总表

申报单位（盖章）：

联系人：

联系电话：

推荐总数	育才先进集体（优秀人才团队）数	医疗卫生骨干人选总数	医疗卫生骨干县级及以下人选数	医疗卫生骨干县级及以下人选占比（%）	医疗卫生骨干人选专业分布									
					全科（人）	临床（人）	中医（人）	疾控（人）	监督（人）	护理（人）	药事（人）	医技（人）	管理（人）	
育才先进集体（优秀人才团队）信息：														
序号		单位（集体）名称												
医疗卫生骨干人选信息：														
序号	姓名	性别	出生年月	民族	政治面貌	工作单位及职务	职称	最高学历	何时毕业于何院校	从事专业	手机号码			

自治区医疗卫生育才先进集体申报表

集体名称：_____

联系人：_____

联系电话：_____

宁夏回族自治区卫生和计划生育委员会 制

1. 单位基本情况				
单位名称		负责人		
单位隶属		联系方式		
2. 依托载体情况（限填5个）				
序号	项目名称	批准部门	批准日期	近五年获得的资助（万元）
3. 人员配备				
职工总数		卫生技术人员数		
卫生技术人员职称情况	正高级职称人员数		卫生技术人员学历学位情况	具有博士学位人数
	副高级职称人员数			具有硕士学位人数
	中级职称人员数			本科以上学历人数

4. 学术技术带头人及主要科研骨干情况（限填 5 人）					
姓名	年龄	学历	职务、职称	研究方向	学术兼职

5. 近五年承担的主要科研项目课题（限填省部级以上 5 项）					
序号	名称及编号	来源	起止时间	资助经费 (万元)	负责人

6. 近五年取得的代表性科研成果（论文、专著等）（限填 5 项）				
序号	成果名称	作者	出版(发表)单位、时间	排名

7. 近五年获得的授权发明专利（限填 5 项）

序号	名称及编号	获得者	专利类型	排名

8. 近五年获得的重要奖励（限填省部级三等奖及以上奖励 5 项）

序号	获奖名称	颁奖单位	获奖级别	项目负责人	获奖时间

9. 近五年人才培养情况（限 500 字以内）

--

10. 已取得的经济和社会效益（限 800 字以内）

工作单位意见：

负责人盖章（签名）：

（盖章）

年 月 日

县（市、区）卫生计生局意见

（盖章）

年 月 日

地市卫生计生委（局）意见

（盖章）

年 月 日

自治区卫生计生委意见

（盖章）

年 月 日

自治区医疗卫生优秀人才团队申报表

团队名称：_____

所属单位：_____

联系人：_____

联系电话：_____

宁夏回族自治区卫生和计划生育委员会 制

团 队 名 称			
团 队 人 数		联 系 电 话	
团队主要负责人姓名		联 系 电 话	
团队主要负责人职务			
团 队 所 属 单 位			
主 要 事 迹			

<p>主要事迹 (续)</p>			
<p>获奖情况</p>			
<p>工作单位意见：</p> <p style="text-align: right;">(盖 章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>负责人盖章 (签名)：</p>			
<p>县(市、区)卫生计生局意见</p> <p style="text-align: center;">(盖 章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>地市卫生计生委(局)意见</p> <p style="text-align: center;">(盖 章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>自治区卫生计生委意见</p> <p style="text-align: center;">(盖 章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	

自治区医疗卫生骨干 (优秀基层全科医生) 申报表

姓 名：_____

从事专业：_____

工作单位：_____

联系电话：_____

宁夏回族自治区卫生和计划生育委员会 制

姓 名		性别		民族		照 片
出生日期		政治 面貌		籍贯		
毕业院校 及专业				学历		
				学位		
参加工作 时间			从事专业			
职称		联系电话		电子邮箱		
工作单位 及职务						
个人简历						

主要业绩（限 500 字以内）

--

学术团体任职情况

起止年月	学术团体名称	职 务

获奖情况

年度	奖励种类	获奖项目名称	等次	排名

代表论文和著作

题目	发表时间	刊物名称	国别

科研工作基本情况及主要成果、贡献（限 800 字）

--

新技术、新业务开展概况（限 500 字）

本人对以上所填内容真实性负责。

申报人签名：

年 月 日

工作单位意见：

（盖 章）

负责人盖章（签名）：

年 月 日

县（市、区）卫生计生局意见

地市卫生计生委（局）意见

自治区卫生计生委意见

（盖 章）

年 月 日

（盖 章）

年 月 日

（盖 章）

年 月 日