附件1：

第二十四届吴阶平－保罗·杨森医学药学奖单位报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 学历/学位 |  |
| 所在科室 |  | 职称/职务 |  |
| 专业领域 |  | 电话/邮箱 |  |
| 申请理由  （重点描述自己在本专业领域独立完成的创新性贡献，体现对临床实践、公共卫生或药学研究的重要意义，对推动我国医药卫生事业发展的重要作用。800字以内） |  | | |
| 科室意见  （科室负责人为申请人本人的，须科室其他领导签字，并注明职务。） | 单位科室负责人签章：  年 月 日 | | |