附件1

湖南省卫生健康高层次人才支持计划

申报书

申报人：

申报层次：

专业方向：

工作单位：

湖南省卫生健康委员会

二〇二三年制

填表说明

1. 本表须按照《湖南省卫生健康高层次人才支持计划实施办法》要求，由申报人本人填写；
2. 申报层次请在医学学科领军人才、医学学科带头人、医学学科青年骨干人才中选择一个层次填写，专业方向填到三级学科；
3. 本申报书填写的内容及所提供的材料由申报人所在单位认真审核、公示5个工作日后，报所在市州卫生健康委、医学高等院校、科研院所初评，委直属和联系单位申报书报省卫生健康委初评；
4. 申报书要求原件一式五份、附件材料（近5年内取得的成绩，包括科研课题、科技奖励、论文（含专业机构检索证明，SCI论文检索内容需包含影响因子和中科院分区）、专著以及重要奖励证书和聘书等材料）１套。

一、申报人基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 年龄 |  | 政治面貌 |  |
| 行政职务 |  | 专业技术职称 |  | | 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 现从事专业 | （一级学科） | | | | 申报的  专业组 |  | 专业研究方向 |  |
| （二级学科） | | | |
| （三级学科） | | | |
| 获国家卫生健康委突出贡献专家  年份 |  | 享受国务院（或省）政府特殊津贴年份 | |  | 入选“121”人才工程层次及年份 |  | 获教育部长江学者  年份 |  |
| 入选其他人才工程名称及年份 |  | 电子邮箱 | |  | 联系电话 | （宅） | | |
| （办） | | |
| （移动） | | |
| 工作单位 |  | | | 通讯地址 |  | | 邮政编码 |  |

二、主要学习经历（包括中专以上学习经历和国内外进修情况）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 起止时间 | 院校（系）名称 | 专业 | 学历 | 学位 |
| 1 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |
| 2 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |
| 3 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |
| 4 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |
| 5 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |  |

三、主要工作经历

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 起止时间 | 单位名称 | 从事专业 | 职务 |
| 1 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 2 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 3 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 4 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |
| 5 | 年 月—— 年 月 |  |  |  |

四、获科技奖励情况（六项以内）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 获奖项目 | 奖励名称 | 授予  单位 | 获奖  等级 | 获得  年份 | 排名 | 证书  编号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

五、承担科研课题情况（只填写本人主持或主要参加的科研课题）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 课题名称 | 课题  来源 | 负责人  姓名（本人排名） | 级别（国家级、省部级、厅（局）级） | 立项  时间  （年月） | 结题  时间  （年月） | 获得的科研经费（万元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

六、发表代表性论著、论文情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发表年份 | 题目 | 发表刊物 | 卷、期、页码 | 第一作者或通讯作者 | 是否SCI收录 | IF值 | 中科院分区 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

七、专著、统编教材情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 题目 | 出版时间 | 出版社 | 编委类型 |
| 1 |  | 年 月 |  |  |
| 2 |  | 年 月 |  |  |
| 3 |  | 年 月 |  |  |
| 4 |  | 年 月 |  |  |
| 5 |  | 年 月 |  |  |
| 6 |  | 年 月 |  |  |
| 7 |  | 年 月 |  |  |

八、学科、平台建设（只填写本人负责的重点专科、重点实验室、临床医学研究中心、工程中心、医学中心或区域医疗中心等）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 重点专科/平台名称 | 级别（国家级、省部级） | 获批  时间  （年月） | 验收  时间  （年月） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

九、专利、科技成果转化及新技术开展情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专利、科技成果、新技术名称 | 授权专利/成果登记号 | 转化、应用  情况 | 完成人数及本人排名 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

（注：转化、应用情况要求：专利需提供转化合同/协议；科技成果、自主研发的新技术需提供第三方评价证明，以及转化合同/协议或推广应用证明；引进紧缺新技术限市州级单位人员填报，且需提供同行专家评价证明。）

十、学术团体任职情况（六项以内）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学术团体名称 | 职务 | 任职起止时间 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

十一、获荣誉称号及其他奖励情况（六项以内）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 荣誉称号及奖励名称 | 授予单位 | 等级 | 获得年份 | 证书编号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

十二、重要工作概述（如创造性医学研究成果、重大疑难疾病诊疗攻关、重大临床技术应用创新、首创或推广应用现代化管理等情况）

|  |
| --- |
| （包括名称及概况等,限500字以内）： |

确 认 函

本人对所提供的《湖南省卫生健康高层次人才支持计划申报书》中的内容及相关材料的真实性负责。

申报人签字：

年 月 日

申报意见

|  |  |
| --- | --- |
| 所在  单  位意  见 | （所在单位）盖章  年 月 日 |
| 单位纪检部门意见 | （单位纪检部门）盖章  年 月 日 |
| 单  位  主  管  部  门  意  见 | （单位主管部门）盖章  年 月 日 |