河北省中医院

关于推荐第六批全国老中医药专家学术经验继承工作候选人的通知

为继承整理老中医药专家学术经验和技术专长，培养造就高层次中医临床和中药技术人才，推进中医药学术继承与发展，按照《国家中医药管理局办公室关于印发第六批全国老中医药专家学术经验继承工作实施方案的通知》（国中医药办人教函〔2017〕125号）及河北省中医药管理局要求，决定开展我院第六批全国老中医药专家学术经验继承推荐工作。现将有关事项通知如下：

**一、申报条件**

**（一）指导老师。**同时具备下列条件：

1.受聘担任主任医师、主任药师等正高级职称的老中医药（含中医、中药、中西医结合、民族医药）专家；

2.从事中医药专业技术工作累计满30年（时间截止到2017年5月31日，时间截止点下同）；

3.有丰富、独到的学术经验和技术专长，是本专业的学科（学术）带头人或专科专病的知名专家，医德高尚，在群众中享有盛誉，得到同行公认；

4.身体健康，能够坚持临床（实践），能够保证每周不少于1.5个工作日的带教时间，保证完成教学计划和带教任务；

　　极少数评聘为副高级职称、在全国具有较大社会影响力的老中医药专家（含民族医药专家），符合指导老师其他各项条件的，也可作为指导老师的遴选对象。

**（二）继承人。** 同时具备下列条件：

　　1.年龄45岁及以下，爱岗敬业，品学兼优，有志于继承和研究老中医药专家学术经验并勇于创新；

　　2.从事中医、中药、中西医结合和民族医药工作，受聘担任主治医师、主管药师等中级专业技术职务满2年；

　　3.具有大学本科及以上学历。获得硕士、博士学位者可优先遴选。少数取得大学专科学历，从事中药或民族医药工作满15年的中青年业务骨干，也可作为继承人的遴选对象；

　　4.从事中医药临床（实践）专业工作累计满8年；或西医院校毕业生，从事医疗专业工作时间累计满8年，其中从事中西医结合工作或中医药工作满4年（在职西医脱产学习中医或中医临床专业硕士、博士学位期间，其专业工作年限可连续计算）；

　　5.与指导老师所从事的专业基本对口；

　　6.不担任院级及以上行政职务，身体健康，能够保证继承工作教学计划与任务的完成；

7.未曾担任前五批全国继承工作继承人。

**二、申报程序**

**（一）指导老师的申报程序**

　　经符合条件的专家本人申请，如实填写《第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师申报表》(附表1)（指导老师申请表内必须填报2名符合申报条件的继承人，不可超额或空缺），并准备相应证明材料（原件、复印件均可，工作年限证明由所在单位开具），经所在单位推荐后报当地市级卫生计生（中医药管理）部门，各市卫生计生（中医药管理）部门审核汇总后报省中医药管理局；省直单位审核后可直接报省中医药管理局。省中医药管理局根据报名情况制定具体遴选办法，确定第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。

**（二）继承人的申报程序**

　　按照每名指导老师选配2名继承人的要求，采取本人申请、指导老师同意、单位推荐、资格审核、择优录取的方式进行。

　　申请人按照与指导老师专业对口的原则，如实填报《第六批全国老中医药专家学术经验继承工作继承人及专业学位申报表》（附表2），并准备相应证明材料（要求同指导老师），经指导老师同意、所在单位推荐后报当地市级卫生计生（中医药管理）部门，各市级卫生计生（中医药管理）部门审核汇总后报省中医药管理局；省直单位审核后可直接报省中医药管理局。省中医药管理局进行资格审核，并根据继承人与指导老师双向选择意愿择优确定继承人人选。原则上指导老师与继承人为同一地区。

**三、其他事项**

1. 要高度重视指导老师和继承人报名工作，组织符合条件人员申报，严格进行资格审核，务于2017年7月14日前将《全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师申报表》和《全国老中医药专家学术经验继承工作继承人及专业学位申报表》一式2份、《全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师和继承人基本情况表》（附件3）报送我处（将申报表和证明材料复印件一同报送），并同时将电子版发送至指定邮箱。

（二）未被确定为第六批国家级的指导老师，将根据本人意见，确定是否纳入第五批河北省指导老师候选人进行遴选。

（三）指导老师和继承人不得同时参加2017年中医优秀人才研修项目遴选。

（四）相关表格可从河北省卫生计生委网站“通知公告”栏（http://www.hebwst.gov.cn）下载。

联 系 人：王志坤 崔静 刘凡

联系电话：0311-69095029,69095617

电子邮箱：szyyjwc@163.com

地 址：行政楼三楼教务处

附件：1.第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导

老师申报表

　　　　　2.第六批全国老中医药专家学术经验继承工作继承

人及专业学位申报表

3.第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师和继承人基本情况表

河北省中医院教务处

2017年7月7日

附表1

第六批全国老中医药专家学术经验继承工作

指导老师申报表

省/自治区/市： 编号（No.）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性 别 | | | | | |  | | | | | 民 族 | | | | | |  | | |
| 出生年月 | |  | | | | 学 历 | | | | | |  | | | | | 毕业院校 | | | | | |  | | |
| 身份证号码 | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| 职 称 | |  | | | | 何时受聘 | | | | | |  | | | | | 在职或返聘 | | | | | |  | | |
| 从事专业及方向 | |  | | | | 从事临床  工作时间 | | | | | |  | | | | | 行政职务 | | | | | |  | | |
| 专业特长 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 身体状况 | | | | | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 移动电话 | | | | | |  | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 住宅电话 | | | | | |  | | |
| 是否已是  研究生导师 | | 否 □ 是□（硕士研究生导师□ 博士研究生导师□） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 继承人姓名 | |  | | | | 已有中医临床专业学位 | | | | | | 学士□ 硕士□  博士□ | | | | | 申请中医  专业学位 | | | | | | 硕士□  博士□ | | |
| 身份证号码 | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| 继承人姓名 | |  | | | | 已有中医临床  专业学位 | | | | | | 学士□ 硕士□  博士□ | | | | | 申请中医  专业学位 | | | | | | 硕士□  博士□ | | |
| 身份证号码 | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| 如果不能被确定为第六批全国指导老师，是否同意参加省级指导老师遴选 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是□ 否□ | | | | | | |
| **个人简历（包括大学以上学习简历、主要跟师简历和工作简历）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学习**  **简历** | | **年月至年月** | | | | | **学校或师从何人** | | | | | | | **专业** | | | | | | | **学历及学位** | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **工作**  **简历** | | **年月至年月** | | | | | **单位** | | | | | | | **从事何种工作** | | | | | | | **职务及职称** | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **主要学术经验、专长及成就（1000字以内）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承诺能够保证教学计划的完成**  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **现受聘单位推荐意见**  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家委员会评议意见** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家委员会组成及签名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 单位 | | | | | | | | | | 职务 | | | | | | | 签名 | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| **省级中医药管理部门审核意见**  负责人（签章）： （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **国家中医药管理局审批意见**  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

**第六批全国老中医药专家学术经验继承工作**

**继承人及专业学位申报表**

省/市/自治区： 编号（No.）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性别 | | |  | | | 出生年月 | | | | | |  | | | | | | | | | | 学历 | | | | | | | |  | | | | | | | | 民族 | | | | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 何时毕业于何校何专业 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术职务 | | | |  | | | | | | | 何时受聘 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 行政职务 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 已有医学专业学位 | | | | | | 学士? 硕士? 博士? | | | | | | | | | | | | | | 申请临床医学专业学位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 硕士? 博士? | | | | | | | | | | | | | |
| 从事专业 | |  | | | | | | | | | | | | 从事本专业工作时间 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业特长 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 身体状况 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | | | |  | | | | | | 单位电话 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住宅电话或手机 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 指导老师姓名 | | |  | | | | | | 身份证号码 | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| **个人简历（可另附页）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **以往在国内外公开发行期刊上发表的论文及成果奖励** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请从事继承学习的理由、是否能保证教学计划的完成**    签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **指导老师意见（明确是否同意带该继承人）**  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在单位推荐意见（政治思想表现，医德医风，临床工作能力等）**  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **省级中医药管理部门审核意见**  负责人（签章）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **国家中医药管理局审批意见**  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**注：申报临床医学专业学位的继承人随表提交现有学位证书复印件。**

附件3

第六批全国老中医药专家学术经验继承工作

指导老师、继承人基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序 号** | **指导老师** | **继承人** | **出生年月** | **民 族** | **从事专业及方向** | **工作单位** | **手机号** | **申请学位** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

市（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指导老师 | 继承人 | 出生年月 |
| 1 | A |  | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 2 |  | A1 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 3 |  | A2 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |

**填表说明：**

请参照以下格式填写，其中A为指导老师，A1、A2为其继承人。