**2022年上海青年药学人才能力提升项目**

**申 请 表**

申 报 专 题 ：按填写说明填写（填写完成后删除此提醒）

申 报 项 目 ：

姓 名 ：

所 在 单 位 ：

通 讯 地 址 ：

手 机 号 码 ：

电 子 邮 箱 ：

上级主管单位：

填 写 日 期 ：

**上海市药学会**

**上海市医药卫生发展基金会**

填写说明

1. 申报方向:药物治疗管理、药源性疾病预警监测、药物精准治疗与研究、用药安全和药物警戒、循证药学与药品综合评价、互联网药学、医院制剂研发等医院药学相关方向资助专题。
2. 填写内容实事求是、内容翔实，各项均不能置空，如无该项情况应写“无”。
3. 手册可根据内容适当调整字体及单元格高度，但请勿调整宽度、增加或删减表格内的标题项、或改动表格格式，所填写的内容可根据本人实际情况加页。
4. 内容要求电子版填写，纸质版A4双面打印装订，签字必须手写签名。
5. 申报书采用A4纸，于左侧装订；申报书、附件（须附目录）分别装订。
6. 请用人单位、主管单位认真审查申报材料的合法性、真实性、完整性和时效性。
7. 请同时报送纸质和电子文档,由上级主管单位统一上交。

一、基本信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | 年 月 | 照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 工作部门 |  | 现从事专业 |  |
| 技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 指导教师 |   | 工作单位 |  | 技术职称 |  |
| 指导教师简介： |
| 单位联络员 |  | 联系电话 |  |
| 工作部门 |  | 职 务 |  |

二、主要学历（填写本科（含）以上学历）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 院校名称 | 地点 | 所学专业 | 学历学位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

三、主要工作经历

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止年月 | 单位 | 部门 | 从事专业 | 职称 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

四、培养对象专业技能、学术水平、英语能力介绍

|  |
| --- |
| 包括理论知识水平，业务能力、科研能力、组织管理能力等，近五年医疗、教育和科研实绩，以及取得何种英语证书或考试成绩。 |

五、近五年来承担科研项目情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 经费（万元） | 起止年月 | 项目来源 | 本人排名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

六、近五年来科技获奖情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 获奖项目名称 | 来源部门 | 奖励等级 | 获奖年份 | 本人排名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

七、近五年来获得其他奖励或荣誉称号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 奖励或荣誉称号名称 | 来源部门 | 奖励等级 | 获奖年份 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

八、近五年发表论文论著情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 论文论著名称 | 发表时间及期刊卷号、页码 | 本人排名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

九、培养计划（培养计划包括具体培养内容和措施、实施的时间节点，单位予以条件支撑、经费保证等。）

|  |
| --- |
| 总体培养目标、培养计划： |

|  |
| --- |
|  |

十、本人及导师签字

|  |  |
| --- | --- |
| 本人签字：年 月 日 | 导师签字：年 月 日 |

十一、培养单位意见

|  |
| --- |
| 单位负责人签章单位公章年 月 日 |

十二、上级主管单位审核意见

|  |
| --- |
| 单位负责人签章单位公章年 月 日 |

十三、上海市医药卫生发展基金会意见

|  |
| --- |
| 单位公章年　 月　 日 |

十四、上海市药学会意见

|  |
| --- |
| 单位公章年　 月　 日 |