|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 第五批重庆市中青年医学高端人才选拔培养推荐人选一览表（2年/3年培养期） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性 别 | 民 族 | | 出生年月 | | 参加工作时间 | | 政治面貌 | | 行政职务 | | 专业技术职务 | | 学历学位 | 毕业院校 | | 所学专业 | | 培训国家机构及专业意向 | | 现从事专业、研究方向及主要成果  (300字以内) |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 备注：1、申请2年或3年培养期的，请在表头用括号注明“2年/3年培养期”，并分别打印；2、“培训国家机构及专业意向”栏：申请3年培养期的，请结合专业需求填写前往意向国家机构及专业，若无请填写“无”；申请2年培养期的，此栏请填写已经前往的连续1年及以上国外培训机构及专业。  联系人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |