附件:

第六届中国药学会-施维雅青年医院药学奖推荐书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓 名 | |  | 性别 | |  | 出生年月日 | | | |  | | 二寸照片 | |
| 籍 贯 | |  | 职称 | |  | | | 学位 | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | |
| 单位地址  （邮编） | |  | | | | | | | | | 单位电话 |  | |
| 手 机 | |  | | E-mail | |  | | | | | 传真 |  | |
| 申请人学历和工作简历（请用600字简要介绍最高学历和从事医院药学工作经历） | |  | | | | | | | | | | | |
| 近三年论文发表和著作情况 | | （注：如还需说明，可另加页） | | | | | | | | | | | |
| 承担课题及成果情况 | | （注：如还需说明，可另加页） | | | | | | | | | | | |
| （请 附 证 明 资 料）  申请人曾获科技奖励或称号情况 | 获奖项目或称号名称 | | | | | | 时间 | | 奖励等级(被推荐者名次) | | | | 颁发部门 |
|  | | | | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | |  |
| 声 明 | 申请人承诺：申请材料所有信息真实准确，如有失实，愿意承担相关责任。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 申请人所在科室意见 | 负责人签字：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 申请人所在单位意见 | 负责人签字：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |