|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 山东中医药大学附属医院柔性引进人才审批表 | | | | | |
| 拟聘人员基本情况（此项内容由拟聘人员填写，保证内容正确无误，提交材料真实有效） | 姓名 |  | 性别 |  | 电子照片 |
| 出生年月 |  | 现工作单位 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 专业 |  | 研究方向 |  |
| 专业技术职称 |  | 资格取得时间 |  | |
| 联系电话 |  | Email |  | |
| 学习经历 |  | | | |
| 工作经历 |  | | | |
| 临床诊疗水平、能力及特色 |  | | | |
| 主要学术成就 |  | | | |
| 社会评价及荣誉 |  | | | |
| 注：附拟聘人员情况介绍（个人简历、身份证、学历学位、专业技术职务资格证书、主要学术成果、荣誉证书等复印件） | | | | | |
| 工作开展计划（此项内容申报阶段暂不填写，由拟聘科室与拟聘人选协商后填写） | 拟聘理由 |  | | | |
| 工作方式 |  | | | |
| 工作任务与职责 |  | | | |
| 预期目标 |  | | | |
| 科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |
| 医务处或科技处意见 | 负责人签字： 年 月 日 | | | | |
| 人才工作领导小组办公室（人事处）意见 | 负责人签字： 年 月 日 | | | | |
| 单位意见 | 负责人签字： 年 月 日 | | | | |