附件1

**《世界中医药学会联合会中医适宜技术项目库》申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | 照片 |
| **单位名称** |  | **科室（院系）** |  |
| **职 务** |  | **职称** |  |
| **工作年限** |  | **最高学历** |  |
| **通讯地址** |  | **邮编** |  |
| **办公电话** |  | **传真** |  |
| **手 机** |  | **E-mail** |  |
| **推荐人/推荐单位：**  |
| **拟申报的具体技术名称：** **（一项技术，一个申请表）** |
| **1.主要学习、工作经历（不超过10项）** |
| 1. **教学经历（授课名称、起止时间、授课对象、授课学时、所在单位等）**
 |
| **3.参加中医适宜技术相关书籍编写经历（教材包括规划、协编、自编教材。需注明：教材名称，主编、副主编或编委，出版时间，出版社，获奖情况等）** |
| **4.出版论著情况（需注明：专著名称，主编、副主编或编委，出版时间，出版社，获奖情况等）** |
| 1. **在中医适宜技术（含基层中医药适宜技术）遴选、评价、推广、标准及规范制定等方面取得的主要业绩（包括教学类奖项、专利、标准及荣誉等，需注明获奖级别）（不超过500字）**
 |
| 1. **申报中医适宜技术项目简介（不超过500字,可加页）**
 |
| **7.项目前期应用基础（附基层应用相关证明）** |
| 8.专家推荐意见1 签 字：  年 月 日 |
| 9.专家推荐意见2 签 字：  年 月 日 |
| 10.所在单位意见  （盖章）年 月 日 |

注：1.此表复印有效。

2.请于2024年4月30日前将此表填写完整，电子版报名表word版及盖章后扫描版提交世界中医药学会联合会中医适宜技术评价与推广委员会学术部邮箱tjutcmacupuncture@163.com。