**附件2**

编号：

**□ 中青年骨干培训项目**

**□ 学科带头人培训项目**

**□ 团 队 项 目**

**□ 国际平台项目**

**河南省卫生科技英才海外研修工程**

申 请 书

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名： |  |
| 单位（盖章）： |  |
| 申请项目名称： |  |
| 申请日期： |  |

河南省卫生健康委员会

河 南 省 医 学 科 学 院

二O一八年 月

**填 表 说 明**

1. 编号：由河南省卫生健康委员会统一编号。
2. 学习性质：为访问学者、技术培训、学术交流。
3. 外语水平等级：指近2年来通过的国家各种外语等级考试（语种、级别及组织考试部门）。
4. 工作及进修学习简历：填写就业以来的工作及6个月以上的进修、学习情况。
5. 项目组成员：仅针对团队项目。
6. 研修时间：为研修学习时限。
7. 经费预算：包括省卫生健康委项目经费和本单位配套的经费。预算编制参照国家留学基金委和国家外国专家局制订的标准填写。经费使用范围见《河南省医学学术技术带头人出国培训项目管理办法。
8. 单位意见：申报者的业务水平、组织能力、创新精神，上述内容的真实性、可行性、能否提供配套经费及能否保证项目引进后及时开展等情况签署具体意见。

九、 本表以Word文本打印，左侧竖装订。

十、本表内有关表格如有不足，可自行添加。

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 政治面貌 | |  | | 民族 | |  |
| 毕业院校 | | | |  | | | | | | 毕业时间 | |  | | | | |
| 最高学历（学位） | | | |  | | | | | | 所学专业 | |  | | | | |
| 现从事专业 | | |  | | | | 从业时间 | | 年 | | | 行政职务 | | |  | |
| 研究方向 | | |  | | | | 专业技术职务 | |  | | | 申请经费 | | | 万元 | |
| 申请国别 | | |  | | | | 学习性质 | |  | | | 培训时间（月） | | |  | |
| 外语水平等级 | | |  | | | | 是否博、硕导 | |  | | | 婚姻现状 | | |  | |
| 学术兼职 | |  | | | | | | | 手机 | | |  | | | | |
| 办公室电话 | |  | | | | 电子信箱 | | |  | | | | | | | |
| 是否承担过5451工程项目 | |  | | | | 是否完成 | | |  | | 国别与培训时间 | | 国家  个月 | | | |

二、申报者工作及进修学习简历

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 起止日期 | 工作或进修单位 | 进修内容 | 成绩 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

三、申报者承担或参与市厅级以上科研项目情况（近3年）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止日期 | 项目名称 | 项目来源 | 经费（万） | 本人排名 | 完成情况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

四、申报者科研成果获奖情况（近3年）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止日期 | 项目名称 | 本人排名 | 获奖类别 | 获奖等级 | 获奖时间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

五、申报者发表著作、论文情况（近3年）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 作者 | 著作、论文名称 | 发表刊物或出版社 | 收录情况 | 影响因子 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

六、申报者开展新技术情况（近3年）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 新技术名称 | 是否原始创新 | 从何处引进 | 开展时间 | 开展情况（例数） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

七、项目组成员基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 学位(学历) | 从事专业 | 年限 | 外语水平 | 申请研修国别 | 研修时限（月） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

八、拟申报项目可行性分析

|  |  |
| --- | --- |
| 项目研究的国内外现状，其先进性和实用性分析 |  |
| 项目培训国别、培训机构基本情况及联系进展 |  |
| 项目实施方案（包括国外培训、回国后技术开展方案及时间节点） |  |
| 项目预期目标 |  |
| 项目已具备条件和基础（包括技术、设备、人员等基础条件） |  |
| 社会经济效益分析 |  |
| 经费预算（万元） | 所需总费用 万元。  详细支出预算列表：  1. 2.  3. |
| 培训时间 | 年 月至 年 月 |

九、推荐单位意见

|  |
| --- |
| 单位意见：    负责人  （签章）  年 月 日 |

十、上级主管单位意见

|  |
| --- |
| （各省辖市填写此栏）    负责人  （签章）  年 月 日 |

十一、专家评审组意见

|  |
| --- |
| 专家评审组长（签章）：  年 月 日 |

十二、河南省卫生健康委员会意见

|  |
| --- |
| 年 月 日 |