**内蒙古口腔医学会——内蒙古口腔医学人才奖申报表**

**（优秀科研奖）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 学会任职 |  |
| 工作单位 |  | 现从事学科专业 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  | E-mial |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 本人2015年至2018年具有代表性的科研情况 |
| 最具代表 性的 论文 | 序号 | 论文题目（包括研究生发表的论文） | 发表刊物名称、年、卷、期、页 | 本人排序 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 科研成果 | 序号 | 获奖成果名称 | 成果等级及获奖时间 | 本人排序 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 目前承担科研项目 | 序号 | 项 目 名 称 | 项目来源 | 起讫时间 | 科研经费 | 本人排序 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 所 受 何 种 奖 励 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在科室意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 所在单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 内蒙古口腔医学会意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |

**先进事迹材料**

**填表说明**

* 1. 获奖项目需要复印证书
	2. 表格可根据个人情况增加内容复印有效
	3. 表格盖章有效，否则不予评奖

**内蒙古口腔医学会——内蒙古口腔医学人才奖申报表**

**（优秀口腔医师）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 学会任职 |  |
| 工作单位 |  | 现从事学科专业 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  | E-mial |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 本人2015年至2018年具有代表性的科研情况 |
| 最具代表 性的 论文 | 序号 | 论文题目（包括研究生发表的论文） | 发表刊物名称、年、卷、期、页 | 本人排序 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 参加义诊及学会活动 |  |
| 开展新技术新业务情况 | 序号 | 项 目 名 称 | 开展病例数 | 起讫时间 | 经济效益 | 本人排序 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 所 受 何 种 奖 励 |
| （包括各种奖励及患者表扬信锦旗等） |
| 所在科室意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 所在单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 内蒙古口腔医学会意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |

**先进事迹材料**

填表说明

1.表格可根据个人情况增加内容复印有效

2. 表格后需附打印版先进事迹材料

 3. 表格盖章有效，否则不予评奖

**内蒙古口腔医学会——内蒙古口腔医学人才奖申报表**

**（先进学会工作者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 学会任职 |  |
| 工作单位 |  | 现从事学科专业 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  | E-mial |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 先进事迹 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 所在二级学会意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 内蒙古口腔医学会意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |

**先进事迹材料**

**填表说明**

1、表格可根据个人情况增加内容复印有效

2、表格盖章有效，否则不予评奖