附件3

河南省2023年度卫生系列盲人医疗按摩专业职称评审简表

呈报单位（盖章）： 申报职务： 申报专业：

评审类型： 申报分类：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 |  | | 身份证号 | | | |  | | | | |
| 省辖市（省直部门） | | | |  | | | | | | 工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 第一学历 | |  | | | 毕业时间 | |  | | | 毕业学校 |  | | | | 毕业专业 | | |  | | 学习形式 |  |
| 参评学历 | |  | | | 毕业时间 | |  | | | 毕业学校 |  | | | | 毕业专业 | | |  | | 学习形式 |  |
| 现任职称 | |  | | | | | 专业 | |  | | | | | 获得  时间 | |  | | | 聘任  时间 |  | |
| 本专业代表性论文 | | 题目（限独著或第一作者，6篇以内） | | | | | | | | | | 何时何期何刊物刊号发表 | | | | | | | | 字数 | 分类 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  |
| 本专业科研成果及发明专利 | | 题目（项目）/专利名称 | | | | | | | | | | 授予部门及奖励等级 | | | | | | | 授予时间 | | 名次 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |  |

填表说明：1.评审类型填写：正常、破格、转评、考核认定；

2.申报分类填写：全省、基层；

3.发表论文分类按推荐学术期刊目录填写：一类、二类、三类；

4.本表打印20份，不得手工填写，只限1页。