# 2024年度全市医药行业职称评审登记花名册

申报单位（公章）： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 单位名称 | 学历 | 取得现资格年限 | 申报资格名称 | 基础材料 | | | | 论文  情况 | 继续教育完成情况 | 办公电话和传真  （必填项） | 手机  （必填项） | 单位通信  地址  （必填项） | 电子邮箱  （必填项） |
| 评审表 | 登记表 | 考核表 | 工作  报告 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填写要求：1.“基础材料”、“论文情况”、“继续教育完成情况”须量化。

2.“取得现资格年限”一栏时间精确至月份。填写通过时间，例如2018.11。

3. “学术成果情况”填写按学术论文完成篇数（只填写第一或独立作者）或参加编写著作情况。