

福建省中医药管理局

闽中医药函〔2025〕62号

福建省中医药管理局关于开展2025年福建省西学中高级人才研修项目申报推荐工作的通知

各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局，省疾控中心，委直属各单位，福州大学、福建医科大学、福建中医药大学及其各附属医院，省中医药科学院：

为加强我省西学中高层次人才队伍建设，根据《福建省西学中高级人才研修项目实施方案》（闽卫中医函〔2023〕1063号，以下简称《实施方案》），现就做好2025年省西学中高级人才研修项目申报推荐工作通知如下。

一、申报条件

申请者应符合《实施方案》中遴选条件所列要求，其中申请者年龄不超过50周岁的统计截止时间为1975年6月1日（含）。

二、申报材料

按照自愿原则，申请人填写《福建省西学中高级人才研修项目申报表》（以下简称《申报表》，附件1），并提供附件证明材料，相关资质证明材料截止时间统一为2025年6月1日。

相关申报材料纸质版一式3份（并提供电子版），经所在单位初审盖章后，报各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局

审核（省属单位报省卫健委审核）。

三、报送程序

各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局应对本辖区申报材料进行审核，于9月13日前将《申报表》及附件证明材料等各3份进行汇总排序，并填写《福建省西学中高级人才研修项目培养对象候选人基本情况汇总表》（附件2），一并报送省卫健委中医药管理二处，电子版通过福建省一体化协同办公平台发送省卫健委中医药管理二处林颖欣邮箱或刻录光盘寄送。

联系人：林颖欣

联系电话：0591—87821363

联系地址：福州市鼓屏路61号

附件：1. 福建省西学中高级人才研修项目申报表

2. 福建省西学中高级人才研修项目培养对象候选人
基本情况汇总表

福建省中医药管理局

2025年8月13日

（此件主动公开）

附件 1

福建省西学中高级人才研修项目

申报表

设区市级卫健委：_____

申 报 人：_____

工 作 单 位：_____

手 机：_____

电 子 邮 箱：_____

福建省卫健委制

2025 年 8 月

填 表 说 明

一、本表打印填写，“专家称号”是指所获得省、市级人才计划（项目）支持的专家称号。

二、“项目性质”是指所承担项目的类别及国家级、省部级等层次；“担任角色”是指申报人在所承担项目中的主持、参与情况。

三、“基金种类”是指自然科学基金、社会科学基金、出版基金等。

四、“奖励种类”是指自然科学奖、技术发明奖、科技进步奖等。

五、附件：1. 个人证明材料（身份证明、学历学位证明、劳动合同或聘用合同证明、临床医学专业执业医师资格、职务职称证明、全国、省级西学中骨干人才、优秀人才培养项目省级结业考核合格证明、获奖证明等）；2. 科研水平证明材料（获省市级人才计划（项目）支持、主要论文、著作、主持或参与的项目等情况）；3. 产品知识产权和品牌的有效证明（专利、著作权证书、奖励证书、科技成果或新产品新技术鉴定证书、环保达标证明等，有关科技成果转让、合作、授权合同或协议书等）；4. 专业能力突出的人才，应提供相应佐证材料，如临床医师应提供 5-10 份申报人主治或主持的、能够反映其专业技术水平的抢救、死亡或疑难病案首页复印件；5. 其它证明材料。报送材料时，所有材料均要求用 A4 纸双面打印，左侧装订，盖报送单位骑缝章和首页章。

姓 名		性 别		(1 寸照片)
民 族		出生年月		
学 历		学 位		
工作单位		专 家 称 号		
身份证号码			行政职务	
任职资格		执业资格		
从事专业及 方向		从事临床、科研 专业工作时间		年
全国、省级西学中骨干人才、优秀人才培养项目省级结业考核合格（在□内打√）		全国□		省级□
个人简历（包括大学以上学习简历和主要工作简历）				
学习 简历	起止年月	学校	专业	学历及学位
工作 简历	起止年月	单位	从事何种工作	职务及职称

从事专业工作情况及学术成就（500 字以内）

承担主要项目情况(5 项以内)

序号	项目名称	立项编号	项目性质	经费(万元)	起止年月	担任角色

业务工作情况（近 5 年）		
项目	名称	数量
业务工作数量	门诊人次数	（次数）
	住院人次数	（次数）
	院外会诊人次数	（次数）
	主刀手术 台次	（台）
个人擅长病种特点		
主持危急重症抢救或解决疑难病例的代表作和关键、重大技术	（描述病例特点及本人在此项工作中的作用及突出贡献）	
开展新技术		

获得基金资助情况(5 项以内)

序号	基金种类	基金项目名称	金额	排名	年度

获奖情况(5 项以内)

序号	奖励种类	获奖项目	等级	排名	年度	授奖部门

代表性论文情况（提供 5 篇以内）

序号	论文名称	刊物名称	期号、 起止页码	作者排名	发表年度	被 SCI、EI、SSCI、 CSSCI、CSCD 收录 情况、他人引用	是 否 代

主要著作情况 (5 项以内)

序号	著作名称	出版社	撰写章节	作者排名	出版 年度

获得授权专利情况 (5 项以内)

序号	专利名称	授权号	类别	排名	授权时间	授权国别或组织

研发产品情况 (5 项以内)

序号	产品名称	商标、品牌名称	等级	认定年份	认定部门

工作设想

1. 既往系统学习中医情况（如无，不填写）；2. 对中医药的认识与思考（500 字以内）

研修计划

培养周期内工作目标、工作方式研究现状、预期成果及经费使用等（赴省外研修计划安排，包括研修机构、方向、时间、导师及拟达到的研修目标，承诺按要求完成研修任务，限 500 字内）

拟跟师名中医基本情况					
姓名		年龄		专长	
健康状况		职称		手机	
获得名中医 荣誉（在□ 内打√）	国医大师□ 全国名中医□ 省名中医□		授予单位		
本人承诺以上信息均真实有效。					
申报人签名： 年 月 日					
所在单位推荐意见（简要评价申报人的品德、能力等，承诺能够支持申报人按要求完成研修任务）					
负责人（签章）：（单位盖章） 年 月 日					
各设区市卫健委、平潭综合实验区社会事业局审核意见					
负责人（签章）：（单位盖章） 年 月 日					

附件 2

福建省西学中高级人才研修项目培养对象候选人基本情况汇总表

设区市级卫健部门（省属单位）（盖章）

序号	姓名	出生 年月	单 位	在职在岗 （是/否）	从事专业 及方向	全职在闽工 作满 1 年 （是/否）	任职资格	临床医学专 业执业医师 资格（是/ 否）	主要业绩 （300 字以 内）	联系电话

填表人：

联系电话：