附件

**公立医院主要领导人员经济管理培训**

**师资信息表**

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 民 族 |  | | 照 片 | |
| 出生日期 |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 职 务 |  | | | 职 称 | | |  | | |
| 单位地址 |  | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 电子邮件 |  | | | 手机号码 | | |  | | |
| 毕业院校 |  | | | 最高学位 | | |  | | |
| 专业研究方向 |  | | | | | | | | |
| 学术或社会团体任职或兼职情况 |  | | | | | | | | |

二、主要工作经历

|  |  |
| --- | --- |
| 起止年月 | 学习、工作单位 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

三、在公立医院主要领导人员培训方面专长的讲授专题或课程

|  |  |
| --- | --- |
| 专题或课程名称 | 专题或课程内容简介 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

四、获得工作表彰、研究奖励和荣誉称号

|  |
| --- |
|  |

五、推荐意见

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位推荐意见 | （盖 章）  年 月 日 |
| 省级卫生健康行政部门意见（国家级学协会、高等院校、科研院所意见） | （盖 章）  年 月 日 |