附件4-3：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **锦州医科大学2020年附属医院同级评聘**  **教授/副教授人员信息审核表** | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | 性 别 | | | |  | | |
| 出生年月 | | |  | 年 龄 | | | |  | | |
| 参评学历学位 | | |  | 最高学历学位 | | | |  | | |
| 是否获得高校  教师资格证书 | | |  | 是否硕导 | | | |  | | |
| 现聘专业技术  职务名称 | | |  | 现聘专业技术  职务名称聘任时间 | | | |  | | |
| 副主任医师/主治医师  聘任时间 | | |  | 参评专业技术职务名称（教授/副教授） | | | |  | | |
| 申报专业 | | |  | 评审类别 | | | | 同级评聘 | | |
| 联系电话 | | |  | 近三年年均教学时数 | | | |  | | |
| 教学效果评价结果 | | | （此处由教学督导评价处填写） | | | | | | | |
| 医德/师德考核结果 | | | （此处由所在医院填写并盖章） | | | | | | | |
| 是否使用疫情倾斜政策 | | | □是 □否 （此处由所在医院审核并盖章） | | | | | | | |
| **请将符合《锦州医科大学2020年专业技术职务评聘办法》（锦医大校字﹝2020﹞134号）文件规定的申报专业技术职务的基本任职条件（入门条件）信息填写如下：** | | | | | | | | | | |
| 1.主持教学、科研立项情况 | | | | | | | | | | |
| 序号 | | 立项名称 | | 立项下达单位 | | | 经费资助（万元） | | | 级别（国家、省部、厅局级） |
| 1 | |  | |  | | |  | | |  |
| 2 | |  | |  | | |  | | |  |
| 2.以第一作者发表论文情况 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 论文名称 | | | | 发表期刊 | 发表年 卷（期）页 | | | 级别 （一至四类） | |
| 1 |  | | | |  |  | | |  | |
| 2 |  | | | |  |  | | |  | |
| 3 |  | | | |  |  | | |  | |
| 4 |  | | | |  |  | | |  | |
| 3.其他业绩成果情况（填写文件要求的选项条件中的一项即可，要写明具体业绩成果名称） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **本人承诺** | | | | | | | | | | |
| 所提供的个人信息和申报材料真实准确，对因提供有关信息、证件不实或违反有关规定造成的后果，责任自负，并按有关规定接受相关处罚。  **承诺人签字： 年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **单位审核意见** | | | | | | | | | | |
| 按照学校职称工作有关文件要求，经我单位认真开展审查工作及本单位范围内公示， \_\_\_\_\_\_\_\_\_同志所提交的业绩材料和相关证件均真实、有效，并达到拟参评职务的基本条件与要求，特此推荐该同志参加学校2020年专业技术职务评聘。我单位承诺推荐的申报人员提供的所有材料均真实有效，特此推荐。  **单位负责人签字（单位公章）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **专家评审意见** | | | | | | | | | | |
| 是□ /否□ 符合《锦州医科大学2020年专业技术职务评聘办法》（锦医大校字﹝2020﹞134号）文件规定的 教授□ /副教授□ 的聘任条件。  **评审专家签字：A组：**  **B组：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |

此表请双面打印。