附件5-1

**2023年度江苏省卫生国际（地区）交流支撑计划申报情况信息汇总表**

1. **出国（境）进修申请个人**

单位（盖章）： 单位联系人： 联系电话： E-Mail：

**（按科室推荐顺序进行排序）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **来院 时间** | **职称（或职务）** | **已获最高学位** | **外语**  **水平** | **申请 专业** | **从事该 专业时间** | **项目类别** | **申请国别** | **进修 时间** | **科室意见** | **是否具备优先考虑条件** | **手机** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

科室负责人（签字）：

填表说明：

外语水平：选择“留学一年”、“国外工作一年”、“PETS5合格”、“无成绩” 四类中一类填写

已获最高学位：选择“博士”、“硕士”、“学士”三类中一项填写

项目类别：选择省健委推荐的具体项目或自选项目，如选择推荐项目，进修时间可不填。

申请国别：选择2个国别填写，如：新西兰、瑞典

单位意见：选择“重点推荐”或“同意” 两类中一类填写

附件5-2

**2024年度江苏省卫生国际（地区）交流支撑计划申报情况信息汇总表**

**（二）邀请来访**

单位（盖章）： 单位联系人： 联系电话： E-Mail：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **邀请专家姓名** | **国籍** | **专家所在**  **机构名称** | **专家电子邮箱** | **合作科室** | **合作内容** | **合作方式** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |

科室负责人（签字）：