**张丽珠生殖医学青年创新奖**

**申请表**

**（2023年度）**

**申请人姓名：**

**申请人单位：**

**2023年 月 日**

**张丽珠生殖医学青年创新奖申请须知**

* 1. 张丽珠生殖医学青年创新奖具体奖励类别如下：

1. 一等奖：每届1名，奖金3万元人民币。奖励在生殖健康领域中取得重大科技突破，贡献卓越，且对推动生殖医学发展做出重要贡献的青年人才。
2. 二等奖：每届3名，奖金1万元人民币/人。奖励在生殖健康领域中取得国际先进水平的原创性科研突破；或技术开发成果在产业化发展上具有重大社会经济效益的青年人才。
3. 三等奖：每届6名，奖金5千元人民币/人。奖励在生殖健康领域有重要科学发现、技术发明、提出过重要创新学术思想，或取得重大科技成果，有显著的经济和社会效益的青年人才。
4. 优秀奖：每届10名，奖金3千元人民币/人。奖励在生殖健康领域有重要的临床发现和技术改进，有经济和社会效益的青年人才。
   1. 申请条件：
5. **年龄在45周岁以下，本年度申请人应为1978年1月1日（含）之后出生；**
6. **在中国内地或港澳地区全职工作（博士后在站满1年及以上）；**
7. **研究/专业方向：妇产科学，生殖医学，生殖生物学。**
   1. 请申请人认真填写申请表，在《第二届张丽珠生殖医学青年创新奖申请表》中亲自撰写相关内容（手写或电脑打印皆可），保证所提供材料的真实性。申请人本人及所在单位都签字（盖章）后扫描成电子版，与在职证明盖章扫描件、成果证明等相关证明文件（PDF文件）传至奖励办公室邮箱：m15124681787@163.com，联系人：文佟老师，电话：010-82265080。

**2023年度提交申请材料截止日期：2023年 9 月 10 日。**

* 1. 评审过程中可能应评审委员会的要求，提供有关的补充说明或其他材料。

**一、申请人基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | 民族 | |  |
| 出生日期 | | 年 月 日 | | | | | | 政治面貌 | |  |
| 专业方向 | |  | | | | | | 职称 | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | 职务 | |  |
| 单位电话 | |  | | 手机 | |  | | 邮箱 | |  |
| 联系人 | |  | | 手机 | |  | | 邮箱 | |  |
| 通信地址 | |  | | | | | | 电话 | |  |
| **主**  **要**  **学**  **历** | **起止年月** | | **校（院）、系（专业）、导师** | | | | | | **学位** | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
| **主**  **要**  **工**  **作**  **经**  **历** | **起止年月** | | **工作单位** | | | | | | **职称/职务** | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | |

注：1、联系人指申请人的助理或秘书。

2、主要学历从大学开始描述，按时间倒叙。

3、主要工作经历从工作第一年开始描述，按时间倒叙。

**二、申请人学术科研情况**

（一）科研项目情况（仅限主持国家级、省部级科研项目）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目来源** | **项目编号** | **批准经费** | **起止年月** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（二）代表性论文（不超过10篇，仅限于第一或通讯作者。共同作者应注明排序）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **论著名称** | **发表时间** | **发表刊物（期/卷/页）** | **发表当年影响因子** | **他引次数** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（三）已发表的专著及教材（仅限于第一/通讯作者或主编完成）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **论著名称** | **出版社** | **出版年份** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（四）获得专利情况（仅限于第一完成人的专利项目）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **专利名称** | **专利类型** | **专利号** | **国别** | **应用情况** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（五）科研成果或个人获奖情况（仅限于第一完成人的成果奖项）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **奖励名称** | **授予时间** | **授予部门/单位** | **等级** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（六）重要学术团体任职情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **起止年月** | **学术团体名称** | **职务** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（七）主要学术成就介绍（不超过3000字）

|  |
| --- |
| 申请人在医教研等方面的主要学术成绩（以近五年成果为主） |

（八）未来五年工作计划（不超过1000字）

|  |
| --- |
|  |

**三、申请人承诺**

|  |
| --- |
| 申请人签字：  年 月 日 |

**四、科室推荐意见**

|  |
| --- |
| 负责人签字：  年 月 日 |

**五、所在单位意见**

|  |
| --- |
| 负责人签字：  单位公章：  年 月 日 |

**六、学协会推荐意见（**推荐申报渠道为学协会推荐者需填写此表**）**

|  |
| --- |
| 负责人签字：  学协会公章：  年 月 日 |

**七、专家推荐意见（**推荐申报渠道为专家推荐者需填写此表**）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **推荐人基本信息** | | | | | |
| **姓名** |  | **职称/职务** |  | **单位** |  |
| **邮箱** |  | | **联系电话** |  | |
| □**中国科学院院士** □**中国工程院院士**  □**国家重大科技计划首席科学家（项目名称： ）。** | | | | | |
| **推荐意见**  请从既往工作成绩、基础研究创新能力、临床实践创新能力及预期培养成效等方面进行评价，提出推荐意见。  推荐人（签字）：  年 月 日 | | | | | |

注：此表格所有内容均须打印，签字盖章后扫描成PDF文档发回指定邮箱。