**附件：**

1.湖湘药学功勋奖推荐审批表

2.湖湘药学领航奖推荐审批表

3.湖湘药学先锋奖推荐审批表

4.湖湘药学创新团队奖推荐审批表

5.湖南省药学会先进工作者推荐审批表

6.湖南省药学会先进集体推荐审批表

附件1

湖湘药学功勋奖推荐审批表

填报单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 | |  | 二寸  免冠  照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | 参加工  作时间 | |  |
| 入 会  时 间 |  | 文化程 度 |  | 职 称 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 职称/职务 | |  |
| 单位地址 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 个人  简历 |  | | | | | | |
| 曾受  表彰  情况 |  | | | | | | |
| 主  要  事  迹 | （事迹材料可另附页，600字以内） | | | | | | |
| 单位  推荐  意见 | 负责人签字： （填报单位盖章）  2024年 月 日 | | | | | | |
| 学会  审批  意见 | （盖章）  2024年 月 日 | | | | | | |

附件2

湖湘药学领航奖推荐审批表

填报单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 | |  | 二寸  免冠  照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍 贯 |  | 参加工  作时间 | |  |
| 会员  编号 |  | 文化程 度 |  | 职 称 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 职称/职务 | |  |
| 单位地址 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 个人  简历 |  | | | | | | |
| 曾受  表彰  情况 |  | | | | | | |
| 主  要  事  迹 | （事迹材料可另附页，600字以内） | | | | | | |
| 单位  推荐  意见 | 负责人签字： （填报单位盖章）  2024年 月 日 | | | | | | |
| 学会  审批  意见 | （盖章）  2024年 月 日 | | | | | | |

附件3

湖湘药学先锋奖推荐审批表

填报单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 | |  | 二寸  免冠  照片 |
| 出 生  年 月 |  | 籍贯 |  | 参加工  作时间 | |  |
| 会 员  编 号 |  | 文化  程度 |  | 职 称 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 职称/职务 | |  |
| 单位地址 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 个人  简历 |  | | | | | | |
| 曾受  表彰  情况 |  | | | | | | |
| 主  要  事  迹 | （事迹材料可另附页，600字以内） | | | | | | |
| 单位  推荐  意见 | 负责人签字： （填报单位盖章）  2024年 月 日 | | | | | | |
| 学会  审批  意见 | （盖章）  2024年 月 日 | | | | | | |

附件4

湖湘药学创新团队奖推荐审批表

填报单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | |
| 单位建立时间 | |  | | 会员人数 | |  |
| 单位负责人 | 姓　名 |  | | 性别 | |  |
| 出生年月 |  | | 民族 | |  |
| 会员编号 |  | | 任职时间 | |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | | 电子  邮箱 |  |
| 主  要  事  迹 | （事迹材料可另附页，600字以内） | | | | | |
| 主  要  事  迹 |  | | | | | |
| 单位  推荐  意见 | 负责人签字： （填报单位盖章）  2024年 月 日 | | | | | |
| 学会  审批  意见 | （盖章）  2024年 月 日 | | | | | |

附件5

湖南药学会先进工作者推荐审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | | 二寸照片 |
| 籍 贯 |  | 职称 | |  | 学位 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 单位地址  （邮编） |  | | | | | | 会员证号 |  |
| 手 机 |  | | E-mail | |  | | 传真 |  |
| 申请人在学会工作简历（请用200字简要介绍从事学会工作经历） |  | | | | | | | |
| 申请人所 在 单 位 意 见 | 负责人签字：  公 章  年 月 日 | | | | | | | |
| 省 药 学 会 意 见 | 负责人签字：  公 章  年 月 日 | | | | | | | |

附件6

湖南省药学会先进集体推荐审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | | |  |
| 主要负责人 |  | | | |
| 单位地址  （邮编） |  | | | |
| 电 话 |  | E-mail |  | 传真 |  |
| 申请学会介绍（请用200字简要介绍学会开展的工作及特点） |  | | | | |
| 省 药 学 会 意 见 | 负责人签字：  公 章  年 月 日 | | | | |