**关于组织药学科技创新人才库申报工作的通知**

各相关单位及个人：

科技创新是引领发展的第一动力，推动科技创新是科技型社团组织的重要任务。按照十九大报告精神和科协组织关于开展科技创新助力工程任务要求，大连市药学会正积极推进药学科技创新人才库的组建工作。该项工作旨在搭建科技创新人才储备和共享交流平台，推动地区药学科技创新、科技服务、成果转化等工作，同时也将作为我会向各级政府和学术团体推荐各类科技奖和人才举荐优先选拔的重要的人才源头。现将申报工作相关事宜通知如下：

**范围和人员条件**

采取单位推荐个人申报的方式组织申报。重点推荐单位包括大连地区各高校、科研机构、事业单位、独立实验室、创新型医药企业等。申报人员分为药学专家和青年药学工作者。学会将汇总上报人员信息并组织遴选，符合要求者入选药学科技创新人才库，颁发聘书。申报人员应符合以下基本条件：

**药学专家基本条件**

博士生导师，不超过60岁；硕士生导师或具有高级专业技术职称者，不超过55岁。已获得突出科研业绩和成果，目前仍承担药学相关科研工作，在领域内有较大的影响力的专家。

近3年至少取得以下业绩之一：

1.作为通讯或第一作者发表SCI论文3篇以上；

2.主持过2项（国家或省）级以上科技项目；

3.获得1项市级二级、省级三级以上科技成果奖励。

**青年药学工作者基本条件**

年龄不超过45周岁（1973年1月1日以后出生），具有硕士以上学位，目前主持或承担科研工作，已获得业绩或成果，并具有明显发展潜力的青年科技工作者。

近3年至少取得以下业绩之一

1.作为通讯或第一作者发表SCI论文2篇或国家核心期刊3篇以上；

2.主持过1项（省、市）级以上科技项目；

3.获得1项市级以上科技成果奖励。

**三、申报程序**

采取单位推荐个人申报的方式，由申报人填写“药学科技创新人才库申报表”（见附件），文件下载地址为大连市药学会网站（www.dlpa.org.cn）科技创新专栏通知公告页面下载。填表完成后，[发送至学会邮箱yxhmshc@163.com](mailto:发送至学会邮箱yxhmshc@163.com)。

**四、申报时间**

自2018年2月10日至2018年3月10日

**五、联系方式**

办公电话：84648026

联系人：王鑫 13998598543

通讯地址：大连市沙河口区五一路73号 大连市药学会

附件：药学科技创新人才库申报表

大连市药学会

2018年2月8日

编号：

**药学科技创新人才库申报表**

**申报人姓名：**

**学科方向：**

**工作单位：**

**大连市药学会**

**二Ｏ一八年二月填 写 说 明**

一、填写内容应实事求是、内容翔实、文字精炼。

二、“近5年主要科研情况”中，“项目来源”主要是指项目计划的管理部门或委托单位，“计划名称”是指承担计划的名称，如国家自然科学基金、国家及省市级科技项目等，“承担主要科研任务情况”填写个人实际承担的项目(课题)名称。

三、涉密内容不得在推荐材料中体现。

四、电子版2寸近期免冠证件照片（JPG格式，按“姓名-单位.JPG”规则命名），同时发送至学会邮箱。

五、药学会会员申报者可直接填表提交，非会员申报者需单位签章后提交。推荐单位可为申报人工作所在科、处、院等以上，盖单位印章或负责人签名均可。

**一、基本信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 毕业院校 |  |
| 行政职务 |  | 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 专业  技术职称 |  | 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 获得的  荣誉称号 |  | | | 已入选的人才计划 |  |
| 研发  类别 | □基础研究 □新药技术 □成果产业化  □临床研究 □其他 | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | 手 机 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 国内外科研组织及重要学术期刊任职情况（限5项） | 组织或期刊名称 | | 职务 | | 任期 |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |

**二、近5年主要科研成果**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.承担主要科研任务情况 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 项目（课题/任务）名称 | | 立项编号 | 经费  (万元) | 起止  年月 | | | 项目  来源 | 计划  名称 | 担任  角色 |
|  |  | |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |  |  |
| 2.获得主要科研学术奖励情况 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 获奖项目名称 | | 奖励名称 | | 等级 | | 排序 | | 获奖  时间 | 授予  机构 |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 3.代表性论文（“第一作者”或“通讯作者”的论文） | | | | | | | | | | |
| 序号 | 论文题目 | 所有作者(通讯作者请标注\*) | | 期刊名称 | | 年份、卷期及页码 | | | 被SCI、EI、ISTP收录情况 | 影响因子 |
|  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  |  |

**三、申请人自我评价**

|  |
| --- |
| 主要包括研究能力、学术或技术水平、对所属科学技术领域和相关产业影响等方面的情况。（1000字以内） |
| 申请人签名    日期 |
| 推荐单位意见    领导签名或单位印章 |

注：药学会会员可直接填表提交，非会员需单位签章后提交。