附件1

第六届三秦最美医务工作者推荐表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片（近期2寸正面半身免冠蓝底彩色照片） |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 政治面貌 |  | 文化程度 |  |
| 参加工作日期 |  | 从业状态 |  |
| 工作单位职务职称 |  |
| 通讯地址联系方式 |  |
| 所获荣誉 |  |
| 主要事迹（2500字以内） |
|  |
| 所在单位推荐意见 | （盖 章） 年 月 日 |
| 卫生健康部门意见 | 市级卫生健康部门（盖章）年 月 日 | 县级卫生健康部门（盖章）年 月 日 |