附件

陕西省医养结合专家遴选推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 近期1寸  照片 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  | 身体状况 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学历/学位 |  |
| 工作单位及职务 |  | | | 研究专长 |  | |
| 联系方式 | 电 话 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 通信地址 |  | | | | |
| 主要工作经历 |  | | | | | |
| 各市卫生健康委或本人所在单位意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |