附件1

（各地、单位）第三届三秦最美医务工作者推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性  别** |  | **民族** |  | **出生**  **日期** | |  | **照片** |
| **籍 贯** |  | **执业证号** |  | | | | | |
| **政治**  **面貌** |  | **从事卫生健康工作时间** |  | | | | | |
| **通信**  **地址** |  | | | | | **邮编** |  | |
| **联系**  **电话** |  | | | | | **手机** |  | | |
| **工作**  **单位** |  | | | | | **职务职称** |  | | |
| **毕业**  **学校** |  | | | | **学历** |  | **学位** | |  |
| **个人**  **简历** |  | | | | | | | | |
| **所在单位推荐意见** | **单位（盖章）**  **年  月  日** | | | | | | | | |
| **推荐**  **意见** | **县级卫生健康部门（盖章）         市级卫生健康部门（盖章）**  **年  月  日    年  月  日** | | | | | | | | |
| **评审**  **意见** | **省卫生健康委（盖章）**  **年  月  日** | | | | | | | | |