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** |