|  |
| --- |
| **附件2**＿＿＿＿市（单位）第三届三秦最美医务工作者推荐汇总表 |
| **填报单位： 填报人：**  | **联系电话：** |
| 序号 | 工作单位 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 政治面貌 | 学历 | 职称 | 参加工作时间 | 毕业学校 | 现在岗位 | 备注 |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

注：此表由各市卫生健康部门、委直委管单位填报。