附件一

**“中国好医生、好护士”先进典型推荐工作联络员**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **单位职务** | **手机号码** | **电子邮箱** | **微信号** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件二



“中国好医生、好护士”网络推荐平台指定二维码



“文明中国”客户端二维码

附件三

**“中国好医生、中国好护士”候选人推荐表**

推荐单位： 推荐排序：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | （照片） |
| 政治面貌 |  | 出生年月 |  |
| 文化程度 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作单位及职位 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 主要事迹(1600字以内) |  |
| 推荐单位意见 |  领导（签字）： （公章）年 月 日（需加盖各市或各单位公章） |