附件1

商洛市第三届最美医务工作者推荐表

类别：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 民族 | |  | 出生  日期 | |  | 照片 |
| 籍  贯 |  | 执业证号 |  | | | | | | |
| 政治面貌 |  | 从事卫生健康工作年限 |  | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | |
| 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（区）委宣传部 县（区）委文明办 县（区）卫健局  （盖章） （盖章） （盖章）  年    月    日 年    月    日 年    月    日 | | | | | | | | | |
| 评审意见 | 市卫健委评审专家组（市卫健委代章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市评选  领导小组意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1.附典型事迹资料（2500字以内）、简要事迹材料（500字以内）、个人感言（50字内）。2.乡村医生所在单位推荐意见由其所在乡镇卫生院出具。