附件2

许昌市“最美健康卫士”评选申报推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 政治  面貌 | | | |  | | | 照  片  （近期2寸彩照） |
| 文化程度 |  | | 出生  年月 |  | | 民族 | | | |  | | |
| 从事临床工作年限 | | | 年 | | | | | | | | | |
| 获得资格证书时间 年 月 | | | | | 证书编号： | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | 职务职称 | | | |  | |
| 执业情况 | | 医生（ ）护士（ ）乡村医生（ ）名中医（ ）  以西医为主（ ） 以中医为主（ ） | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | 手机 | |  | | |
| 学习  工作  简历 | |  | | | | | | | | | | | |
|
| 受过  何种  奖励 | |  | | | | | | | | | | | |
| 主要  事迹  材料 | |  | | | | | | | | | | | |
| 单位  推荐  意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）人社、卫生行政部门审核意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 市级人社、卫生行政部门审核意见 | | （盖章） 年 月 日 | | | | | （盖章） 年 月 日 | | | | | | |

填表说明：此表由候选人用电子版填写，完成后纸质版提交给各县（市、区）卫计委，经县（市、区）卫计委审核同意后统一报送至评选活动领导小组办公室。