附件1：

2023年锦江区庆祝“中国医师节”暨锦江好医师推荐汇总表

|  |
| --- |
| 单位（盖章）： 填表日期：2023年 月 日 |
| 序号 | 工作单位 | 姓名 | 性别 | 政治面貌 | 专业 | 职称 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人（必填）： 联系电话（必填）： |

注：附件1信息应与附件2信息一致，若不一致者，将以附件1信息为准

附件2：

2023年锦江区庆祝“中国医师节”

暨锦江好医师评选申报材料

单 位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电 话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

专 业：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二〇二三年六月

锦江好医师推荐表

填报时间：2023年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 职务 |  | 联系电话 |  |
| 职称 |  | 执业证号 |  |
| 工作经历 | 举例：xx年xx月-xx年xx月，xx单位，xx职务（请务必按要求准确填写清楚） |
| 人生格言 | 格言将通过网络投票平台展示，请注意影响性和美观性，检查错别字、是否有争议等，字数限制50字以内 |
| 优秀典型事迹 | 请填写2022年1月-2023年6月优秀典型事迹，不按要求者视为无该项事迹；涉及到的所有条目均需逐条附上纸质版复印件或支撑凭证（若字数过多请另附页） |
| 所在单位意见（盖章）年 月 日 | 区级意见（盖章）年 月 日 |

注：请附一张本人电子版照片，照片将通过网络投票平台展示，请注意美观性和展示性；要求：横屏拍摄，照片清晰、无压缩，证件照、工作照、生活照均可