第六届“白求恩式好医生”候选人推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | | 民 族 |  | 党 派 |  |
| 职别/职称 |  | | 任职年月 |  | 文化程度 |  |
| 证件类型 |  | | 证件编号 |  | | |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 联系方式 | 固定电话 | |  | | 手 机 |  | |
| 通信地址及邮政编码 | |  | | | | |
|
| 简要事迹和荣获省部级以上奖励名称、等级及时间 |  | | | | | | |
|
|
| 候选人所在单位意见 |  | | | | | | |
|
|
|  | 联系人： 电话： 年 月 日 | | | | | |
| 省市自治区医师协会（医学会）或白研会分支机构意见 |  | | | | | | |
|
|  | 联系人： 电话： 年 月 日 | | | | | |
| 组委会审核意见 |  | | | | | | |
|
| 备 注 |  |  | | | | | |