附件1

第六届“最美健康守护者”候选人推荐表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报奖项 | □最美医生 □最美护士□最美基层医生 □最美公共卫生卫士 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 出生日期 |  |
| 从业时间 |  | 执业证号 |  |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  | 学历 |  |
| 工作单位科室 |  | 职务职称 |  |
| 通信地址 |  | 联系电话 |  |
| 微信号 |  | 邮箱 |  |
| 个人事迹简介 | （简介300字，主要介绍个人获奖情况及取得的成就；另附1500字左右个人事迹。） |
| 所在单位推荐意见 |  单位（盖章） 年    月    日 |