附件2

“大美医者”候选人推荐表（市州）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 贴照片处（二寸免冠照） |
| 出生年月 |  | 文化程度 |  | 职称和职务 |  |
| 工作单位 |  | 从事卫生健康工作年限 | 年 |
| 通讯地址 |  | 联系电话（手机） |  | 邮箱 |  |
| 邮编 |  | 推荐单位联系人 |  | 推荐单位联系电话 |  |
| 报送版块 | （备注：大医精诚、基层卫士、护理天使、公卫先锋四选一） |
| 个人简历 |  |
| 主要获奖情况 |  |
| 推荐单位意见（盖章）年 月 日 | 市（州）卫生健康委意见（盖章）年 月 日 | 市（州）文明办意见（盖章）年 月 日 | 市（州）党委宣传部意见（盖章）年 月 日 |

“大美医者”候选人推荐表（国家委在川医疗机构、委局直属单位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  | 贴照片处（二寸免冠照） |
| 出生年月 |  | 文化程度 |  | 职称和职务 |  |
| 工作单位 |  | 从事卫生健康工作年限 | 年 |
| 通讯地址 |  | 联系电话（手机） |  | 邮箱 |  |
| 邮编 |  | 推荐单位联系人 |  | 推荐单位联系电话 |  |
| 报送版块 | （备注：大医精诚、基层卫士、护理天使、公卫先锋四选一） |
| 个人简历 |  |
| 主要获奖情况 |  |
| 推荐单位宣传部门意见（盖章）年 月 日 | 推荐单位纪检监察部门意见（盖章）年 月 日 | 推荐单位意见（盖章）年 月 日 |

信息公开选项：主动公开