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