成都市医师协会优秀医师推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 出生年月 |  | | 民 族 |  | |
| 党 派 |  | | | 学 历 |  | 专 业 |  | | 职 称 |  | |
| 医师资格证书编码： | | |  | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | |
| 毕业  院校 |  | | | | | | 电话 |  | | | |
| 工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 候选人  先进事迹简介  （150-200字） |  | | | | | | | | | |
| 何时受过何种奖励（附相关证书证明材料复印件） |  | | | | | | | | | |
| 工  作  单  位  意  见 | 推荐单位（盖章）      年 月 日 | | | | | | | | | |
| 学  会  审  批  意  见 | 负责人签字（加盖公章）    年 月 日 | | | | | | | | | |