附件1

四川大学华西临床医学院/华西医院

第八届“华西青年榜样”评选推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性别** |  | | **民族** |  | 1寸免冠照片 |
| **出生年月** | | 年 月 | **政治面貌** | | |  | |
| **科室/部门** | |  | **现任职务** | | |  | |
| **职 称** | |  | **联系电话** | | |  | |
| **到院工作时间** | | | 年 月 | | | | | |
| **参评类别**  **（限选一类）** | | □医疗 □护理 □医技 □教学 □科研 □服务保障 | | | | | | |
| **学习工作简历** | （从中学填起，包括出国留学、进修等经历） | | | | | | | |
| **曾获表彰奖励情况** | （只填写校级及以上表彰奖励情况） | | | | | | | |
| **担任学会任职情况** |  | | | | | | | |
| **主要事迹** | （主要事迹不超过**200**字，另附2000字以内详细事迹材料。事迹材料以第三人称叙事，两份材料中的主要事迹保持一致） | | | | | | | |
| **推荐**  **单位意见** | **科室（部门）团支部意见**  团支部书记签字：  年 月 日 | | | | **科室（部门）党支部意见**  党支部书记签字：  年 月 日 | | | |
| **评审意见** | 签字：  年 月 日 | | | | | | | |