附件：

 **“最美基层好医生”推荐展示活动**

**登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 贴照片处（二寸免冠照） |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  | 出生年月 |  年 月 |
| 工作单位 |  | 从事医生工作年限 |  年 |
| 推荐单位 |  |
| 推荐单位联系人 |  | 联系方式 |  |
| 个人简历（包括获得荣誉情况） |
| 候选人所在工作单位（部门）推荐意见 盖章 年 月 日 |