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 | | | | | | | | | | | |