附件2

重庆市“最美基层医务工作者”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 民族 |  | | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | 最高　学历 | |  | 专业职称 |  | | 是否乡村医生 |  |
| 单位职务 |  | | | | 工作时间 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  | | | |
| 手机号码 |  | | | | 电子邮箱 |  | | | |
| 个人主要学习和工作经历： | | | | | | | | | |
| 主要表彰或报道情况： | | | | | | | | | |
| 主要事迹（此栏主要事迹300字以内，另附事迹材料1000字） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 乡镇级审核意见    （盖章）  年 月 日 | | | 区县级审核意见    （盖章）  年 月 日 | | | | 市级审核意见    （盖章）  年 月 日 | | |