附件3

第五届“广东好医生”活动推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 学历学位 |  |
| 工作单位 |  | | | 从事卫生健康工作年限 | 年 |
| 职务职称 |  | | | 联系电话 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 事迹简介  （300字以内) |  | | | | | |
| 何时何地  受过何种奖励 |  | | | | | |
| 所在单位意见 | （单位纪检监察部门盖章） （单位党组织盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 推荐单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 寻找  “广东好医生”活动组委会意见 |  | | | | | |

注：1.推荐单位为各地级以上市卫生健康局（委）、部属省属医药院校附属医院、广州医科大学附属医院、委直属单位。

2.相关材料请于5月31日前通过活动平台报送。