附件2

“广东好医生、广东好护士”候选人推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | |  | 白底彩色免冠证件照电子版 |
| 政治  面貌 |  | 民族 |  | 学历学位 | | |  |
| 单位及  职务职称 |  | | | 参加卫生  健康工作  年限 | | | 年 |
| 通讯  地址 |  | | | | | | 联系电话 |  |
| 事迹  简介  （300字以内) |  | | | | | | | |
| 何时  何地  受过  何种  奖励 |  | | | | | | | |
| 公示  情况 | 已于 年 月 日— 月 日，在（公示范围） 进行公示。公示期间（公示情况） 。  （公示单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 单位纪检监察部门意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | 单位党组织意见 | （盖章）  年 月 日 | | |
| 推荐  单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

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4月6日前发送至wsjkw\_qt@gd.gov.cn。

3.请不要改变表格格式，双面打印盖章。