附表2

广东省“最美医务工作者”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 | (请注明获奖年份及荣誉名称，主要填写市级及以上荣誉) |
| 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7月28日前发送至wsjkw\_wm@gd.gov.cn。

3.请不要改变表格格式，双面打印盖章。