**附件2**

榆林市最美医务工作者推荐表

推荐类别：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名  |   | 性  别  |   | 民族  |   | 出生年月  |   | 照片  |
| 籍  贯  |   | 执业证号  |   |
| 政治面貌  |   | 从事卫生工作时间  |   |
| 通信地址  |    |
| 联系电话  |   | 手机  |   |
| 工作单位  |   | 职务职称  |   |
| 毕业学校  |   | 学历  |   | 学位  |   |
| 受过何种奖励  |   |
| 个 人 简 历  |   |
| 所在单位推荐意见  |  单位（盖章）           年    月    日         |
| 评选活动组委会意见  |  单位（盖章）         年    月    日  |

**注：请认真填写本推荐表，并且要用A4纸双面打印，推荐表后附典型事迹资料（2000字以内，A4纸打印）、事迹简介（300字以内，A4纸打印）、本人近期2寸正面彩照1张（文字材料和照片请附电子版，照片容量要求1M以上）、所获奖励、荣誉证书等相关佐证材料。**

**附件3**

榆林市最美医务工作者汇总表

单位名称（盖章）： 单位主要负责人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐类别 | 工作单位 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 政治面貌 | 学历 | 职称 | 参加工作时间 | 毕业学校 | 现在岗位 | 备注 |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

备注：此表由各县市区卫健局、委属（委管）各单位填写。