附件2

浙江省仁心仁术奖推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 参加工作时间 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 评选奖项 |  |
| 主要业绩：（内容要精练、填不下请附页） |

|  |
| --- |
| 签名： 日期： |
| 工 作单 位意 见 | 盖章： 日期： |
| 纪 检部 门意 见 | 盖章： 日期： |
| 县（市、 区） 卫生 健 康委 意 见 | 盖章： 日期： |
| 市 卫 生健 康 委 意 见 | 盖章： 日期： |
| 学 校意 见（大 学附 属 医 院填报） | 盖章： 日期： |
| 省 卫 生健 康 委 意 见 | 盖章： 日期： |