“滨州好医生”评选审批表

2018年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 照片 |
| 年龄 |  | | 民族 |  |
| 政治面貌 |  | | 专业技术职务 |  |
| 学历 |  | | 毕业学校 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 工作岗位 |  | | 从事专业 |  | |
| 医师执业  证书编号 |  | | | | |
| 工作简历（从参加工作起填写，内容包括起止时间、工作单位、工作岗位、职务职称） | | | | | |
| 主要事迹（根据评选条件，对个人事迹进行综合阐述，内容较多可单独附页，不少于2000字） | | | | | |
| 近3年受市级及以上表彰情况（填写表彰时间、表彰内容、表彰单位） | | | | | |
| 科  室  意  见 | | 年 月 日 | | | |