附件1

兵团好医生推荐审批表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出 生年 月 |  | 照 片 （近期2寸正面半身免冠彩色照片） |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 出生地 |  |
| 政 治面 貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 身 份证 号 |  |
| 工作单位及职务职称 |  | 岗位等级（职员等级） |  |
| 基层服务情况 |  |
| 奖 惩情 况 |  |
| 简 历 |  |
| 基 本情 况和主要事 迹 |  |
| 各级卫生健康部门、人力资源社会保障部门推荐审核意见  |
| 所 在单 位意 见 |  盖 章 年 月 日 |
| 师 市审 核机 关（单位）意 见 | 盖 章年 月 日 |  盖 章年 月 日 |
| 兵 团审 批机 关（单位）意 见 | 盖 章年 月 日 |   盖 章年 月 日 |
| 备 注 |  |

注：表中先进事迹字数控制在1000字以内。

附件2

兵团好医生征求意见表

姓名： 单位： 职务

|  |  |
| --- | --- |
| 组织人事部门意见 | 盖 章 年 月 日 |
| 纪检监察部门意见 | 盖 章年 月 日 |
| 公安部门意见 | 盖 章年 月 日 |

附件3

兵团好医生推荐名册

填报单位（盖章）： 联系人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 族别 | 出生年月 | 参加工作时间 | 政治面貌 | 学历学位 | 单位及职务职称 | 事迹简介（字数严格控制在200字以内） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.姓名与身份证保持一致；2.学历学位区分全日制或在职教育，如大学本科（医学学士）、在职大学等；3.单位及职务职称填报规范全称；4.事迹简介控制在200字以内。