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。