

附件 1

“中卫名医”“优秀乡村医生”推荐人选
申报表

姓 名_____

工作单位_____

从事专业_____

主管部门_____

申报日期：_____年____月____日

中 共 中 卫 市 委 组 织 部
中卫市人才工作领导小组办公室
中 卫 市 卫 生 健 康 委 员 会 制
中 卫 市 财 政 局
中卫市人力资源和社会保障局

姓 名		性 别		民 族	
出生日期		籍 贯		政治面貌	
毕业时间		学 历		学 位	
毕业学校			所学专业		
从事专业			技术职称及取得时间		
工作单位				参加本专业工作时间	
单位性质				行政职务	
行政职级			身份证号码		
移动电话			固定电话		
电子邮箱					
主要专业工作经历（含区内外研究工作经历）					
起止年月	单 位		从事专业		

专业水平情况

代表论文和著作				
题 目	发表时间	刊物名称	排名	
获奖情况				
获奖年 度	获奖名称	授奖部门	获奖等次	排名
主要成果、主要突出贡献事迹（限 500 字）				

(主要包括门诊或手术量、治愈率、患者满意度等数据，学术技术水平和社会影响等)

同行专家推荐意见		
专家签字:		年 月 日
专家签字:		年 月 日
专家签字:		年 月 日
专家签字:		年 月 日
专家签字:		年 月 日

推 荐 单 位 意 见		主 管 单 位 (部 门) 意 见	
<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>		<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>	
县卫生健康部门意见	县人力资源社会保障部门意见		县人才办意见
<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>	<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>		<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>
市卫生健康部门意见	市人力资源社会保障部门意见		市人才办意见
<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>	<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>		<div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>