首届“深圳十大杰出青年医生”候选人推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 | |  | 照 片  （大一寸免冠正面彩色照） |
| 籍贯 |  | 出生年月 | | |  | | |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 | | |  | | |
| 文化程度 |  | 职称 | | |  | | |
| 单位及职务 |  | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮编 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | 手机号码 | |  | | |
| 事迹简介  （2000字以内） | （可另附页） | | | | | | | |
| 曾获表彰  奖励情况  （近五年） | （只填市级以上表彰奖励情况） | | | | | | | |
| 获得相关  学术成果  （近五年） |  | | | | | | | |
| 个人意见 | 本人承诺填写内容和所提交的材料属实，如有不实情况，由本人承担全部责任。  本人签名： | | | | | | | |
| 单位意见 | 盖章：  年 月 日 | | | | | | | |