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 |