**临床医学奖候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： | | | | | | | |
| 申报奖项名称： | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 学 历 |  | | 政治面貌 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  | | 专 业 |  |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | 手 机 |  |
| 邮 箱 |  | | | | | 微 信 |  |
| 主要事迹及工作成果（可另附页）： | | | | | | | |
| 本人签字：  年 月 日 | | | | 初评意见：  年 月 日 | | | |
| 终评意见：  年 月 日 | | | | | | | |

联系人：孟旭东 联系方式：18955080184（微信同号）邮箱：**ZGLCYXJ@163.com**