**云南省2018年最美“健康守门人”家庭医生团队推荐**

**申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **成员1** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| **成员2** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| **成员3** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| **成员4** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| **成员5** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| **团队照片** |

|  |
| --- |
| **工作情况** |
| **典型事迹****（代表业务能力、病患关系的事迹，千字以内，可另附一页填写）** |  |
| **工作单位意见** | （公章）年 月 日 |
| **县（市区）卫计局****意见** | （公章）年 月 日 |
| **州（市）卫计委****意见** | （公章）年 月 日 |