**云南省2018年最美“健康守门人”全科医生推荐申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **照片** |
| **出生年月** |  | **学历** |  | **政治面貌** |  |
| **工作单位** |  | **执业资格** |  | **联系电话** |  |
| 从事全科工作年限，获得全科证书时间年月 |
| **工作简要经历** |  |
| **受过何种奖励** |  |
| **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 |