|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2**  **全区群众身边的最美护士推选审批表** | | | | | | | | |
| **姓 名** |  | **性 别** | |  | **民 族** |  | | **照 片** |
| **政治面貌** |  | **出生日期** | |  | **学 历** |  | |
| **专 业** |  | **职 称** | |  | **职 务** |  | |
| **从事护理工作时间** | |  | | | **医院类别** |  | |
| **工作单位** |  | | | | **医院等级** |  | |
| **通信地址** |  | | | | **传 真** |  | | |
| **联系电话** |  | | | | **邮 箱** |  | | |
| **事迹材料（3000字左右，可附页）** | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 推荐单位意见  （盖章）   年 月 日 | | | 盟市卫生计生委意见  （盖章）   年 月 日 | | | | 内蒙古医院协会意见  （盖章）   年 月 日 | |
|
|
|
|