|  |
| --- |
| **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 |
|
|
|
|