附件3：

省优秀基层卫生骨干人才申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **出生日期** |  | **照片 （近期2寸彩照）** |
| **身份证号码** |  |
| **第一学历** |  | **毕业院校及专业** |  |
| **最高学历** |  | **技术职称** |  | **医师级别（执业或助理）** |  |
| **执业类别（临床、预防、口腔等）** |  |
| **执业范围（全、内、外、妇等科）** |  | **职务** |  |
| **工作单位** |  | **手机** |  |
| **单位地址** |  | **邮编** |  |
| **从事医疗卫生专业工作年限** |  | **在基层医疗卫生机构累计工作年限** |  |
| **公开招募到苏北、苏中经济薄弱地区乡镇卫生院工作医学类专业人员（是/否）** |  |
| **工****作****简****历** |  |
| **主要 表彰奖 励情况** |  |
| **个人主要 工作实绩** **(300字以内)** |  |
| **所在单位** **推荐意见** | **推荐单位（盖章）****年    月    日** |
| **县(市、区)卫生计生部门推荐意见** | **推荐单位（盖章）****年    月    日** |
| **市卫生计生部门推荐意见** | **推荐单位（盖章）****年    月    日** |