附件1

第二届云南省“最美中医”评选展播活动报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | 单位地址 |  |
| 工作职务 |  | 职称 |  | 联系电话 |  |
| 中医药工作年限 |  年 | 人员资质 | 中医🞎 | 中西医结合🞎 | 民族医🞎 | 乡村医生🞎 |
| 个人工作简历 |  |
| 推荐理由（可提供附件） |  |
| 推荐单位意见 |  盖章： 年 月 日  |