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 | | | | | | | | | |