附件2

兰溪市“优秀护士”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  | 工作时间 |  |
| 资格证书号 |  | 执业证号 |  |
| 身份证号 |  | 专业特长 | 临床护理 |
| 毕业学校 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 工作单位 |  | 职务职称 |  |
| 联系电话 |  | 手 机 |  |
| 主要经历 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 事迹摘要（300字以内） | (模板如下：姓名，性别，民族，出生年月，政治面貌，单位科室职务，职称，主要事迹，所获荣誉)（300字以内，可另附） |
| 推荐单位意见 |  单位（盖章） 年　　月　　日  |
| 卫生行政部门审核意见 |  单位（盖章） 年　　月　　日  |