附件2

“十佳订单定向全科医生”推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 签约单位 |  | 住培基地 |  | 结业时间 |  |
| 考取执业医师证时间 |  |
| 主要事迹 |  |
| 获得荣誉 |  |
|  签约（用人）单位意见 | （盖章） 年 月 日 | 省辖市、济源示范区省直管 县（市）卫生健康委，航空港区教文卫体局审核意见 | （盖章） 年 月 日 |

备注：此表格正反打印，一式三份，签约（用人）单位一份，省、市卫生健康委各一份。