附件

西安市医养结合专家增补推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期  1 寸  照片 |
| 政治面貌 |  | 民族 |  | 身体状况 |  |
| 毕业院校 |  | | | 学历/学位 |  |
| 工作单位 及职务 |  | | | 研究专长 |  | |
| 联系方式 | 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 通信地址 |  | | | | |
| 主要  工作  经历 |  | | | | | |
| 各区县开  展区卫生  健康行政  部门或本  人所在单  位意见 | (单位盖章)  年 月 日 | | | | | |