附件1

**兴宁市“最美天使”推荐表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  |  |
| 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 毕业院校 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 专业技术职称 |  |
| 办公电话 |  | 手 机 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作经历 | 起止年月 | 在何单位从事何工作 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 主要事迹和贡献（1000 字左右） |
| 工作单位意见 |  （盖 章）年 月 日 |
| 市卫生健康局意见 |  （盖 章）年 月 日 |