**附件：**

四川大学华西临床医学院/华西医院

第七届“华西青年榜样”评选推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** | |  | 1寸免冠照片 |
| **出生年月** |  | **政治面貌** | |  | | |
| **科室/部门** |  | **现任职务** | |  | | |
| **职 称** |  | **联系电话** | |  | | |
| **到院工作时间** | | 年 月 日 | | | | | |
| **参评类别**  **（限选一类）** | □医疗 □护理 □医技  □教学 □科研 □服务保障 | | | | | | |
| **主**  **要**  **事**  **迹** | （1000字以内，材料单独附后） | | | | | | |
| **推荐**  **单位**  **意见** | **科室（部门）团支部意见**  团支部书记签字：  年 月 日 | | | | **科室（部门）党支部意见**  党支部书记签字：  年 月 日 | | |
| **评审意见** | 签字：  年 月 日 | | | | | | |