附件2：

安徽省医学会抗击新冠肺炎疫情先进会员推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** |  | **民 族** |  | **（照片）** |
| **专 业** | |  | | **会员证号** | |  |
| **出生年月** | |  | | **政治面貌** | |  |
| **学 历** | |  | | **专业技术职称** | |  |
| **工作单位、科室及**  **职务** | | |  | | | | |
| **在省医学会的任职** | | |  | | | | |
| **联系方式（手机）** | | |  | | | | |
| **主**  **要**  **事**  **迹** |  | | | | | | |
| **工作单位意见** | **签字人：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **推荐单位**  **意见** | **签字人：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | |
| **安徽省医学会审核意见** | **签字人：**  **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | |

**填表说明：**1.已获得厅局级及以上表彰的集体和个人，原则上不再重复表彰；已获得我会授予“抗疫先进会员”，也不用重复推荐；

2.主要事迹要求突出功绩、表述准确、文字精炼，800字左右；

3.专科分会推荐。请现任主委或分会负责人在“推荐单位意见”签署意见，推荐对象所在单位请在“工作单位意见”签署意见并加盖公章；

4.团体会员单位申报。请单位负责人或分管负责人在“申报单位意见”签署意见并加盖公章。