**附件3**

**云南省首届“云南医师奖”申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照  片 |
| 年 龄 |  | 职 称 |  | | |
| 工作年限 |  | 学 历 |  | | |
| E-mail |  | | 手 机（传真） | |  | |
| 工作单位 |  | | 邮 政 编 码 | |  | |
| 本人事迹（主要学术成就、行医事迹：限2000字，可另附页） | | | | | | |
| 所在单位申报意见：  （盖章）  负责人（签章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 初选小组审核意见：    负责人（签章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 云南省医师协会审核意见：  （盖章）  负责人（签章）：  年 月 日 | | | | | | |