附件

泸州市医疗美容专家推荐表

姓 名：

单 位：

推荐组别：

泸州市卫生健康委员会

2020年9月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | | （小2寸证件照） | |
| 年 龄 |  | 职 称 | |  | | |
| 取得医疗美容主诊医师资格年限 |  | 从事医疗美容专业工作年限 | |  | | |
| 行政职务 |  | 任职年限 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 毕业院校 |  | | 学 历 | |  | |
| 通信地址 |  | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 邮 编 | |  |
| 手机号码 |  | | | | | 微 信 号 | |  |
| 电子信箱 |  | | 是否省级专家库专家 | | | | |  |
| 个人工作简历： | | | | | | | | |
| 所在医院推荐意见：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 区县卫生行政部门推荐意见：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |