附件2

**山东省医院管理者与医学人才推荐审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 2寸彩色  照片 |
| 出生年月 |  | 专 业 |  | 办公电话 |  |
| 手 机 |  | | | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 工作单位 |  | | 科 室 |  | 职务、职称 |  |
| 单位地址 |  | | 是否在职 |  | 在职年限 |  |
| 教育简历（本科以上） |  | | | | | |
| 工作简历（与医学有关） |  | | | | | |
| 主要成果 |  | | | | | |
| 本人意见 | 签名：    年 月 日 | | | | | |
| 单位意见 | 领导签字：  年 月 日 | | | | | |
| 协会意见 | 领导签字：  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |

邮寄地址：济南市文化西路107号山东大学齐鲁医院562信箱

邮 编：250012 崔璐璐 15169078731