**“8.19中国医师节”特别讵献**

**同心共筑中国梦****●健康中国**

**主题巡展公益活动**

**推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | |
| **申报人** | | （个人/团队/单位） | | | | | |
| **联系人** | |  | **邮箱** | | | |  |
| **电话** | |  | **填表日期** | | | |  |
| **推荐形式** | | □自荐 □单位推荐 □学/协会推荐 □其他 | | | | | |
| **推荐序列** | | □抗疫先锋 □百年名院 □医界百岁寿星 □医界丰碑  □创新奋进 □锐意进取 □医界楷模 □最美支部 | | | | | |
| **主要事迹及获奖情况介绍（800字）** | | | | | | | |
|
|
| **展示信息** | | | | | | | |
| **名称** | （个人/团队/单位） | | | | **职务** | （个人填写） | |
| **单位** |  | | | | | | |
| **宣传主题** | （8字/10个字/12个字） | | | **照片** | | 4MB （团队合影/个人半身或全身照） | |
| **单位意见：**  **推荐单位：**签字/盖章（单位盖章有效） | | | | | | | |

**注：**

1. 完成填写《推荐表》并盖章后转PDF文件连同展示信息中的照片、《“同心共筑中国梦●健康中国”主题巡展公益活动肖像使用授权书》发送至：[yishibao2017@163.com](mailto:yishibao2017@163.com)

2、文件名注明“穿越长安街主题巡展”；

3、活动解释权归主办方所有；

4、监督电话：010-58302970