**“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

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