|  |
| --- |
| 附件1 |
| 北京市“十、百、千社区卫生人才”申请表   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 姓名 |  | 性别 |  | 照  片  （2寸免冠） | | 出生年月 |  | 民族 |  | | 政治面貌 |  | 学历 |  | | 职称 |  | 职务 |  | | 工作单位 |  | | | | 联系方式 |  | | | | 电子邮箱 |  | | | | | 学习和工作经历 |  | | | | | 工作单位推荐意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | 个人  基本情况（500字左右） |  | | | | |