

附件 2:

“优秀护士”推荐表

| | | | | | |
|-------------------------------|---------|-----|-----|-----|--|
| 单 位 | | 姓 名 | | 性 别 | |
| 出生年月 | | 现岗位 | | 职 称 | |
| 从事一线护理工作年限 | 从 年 至 年 | | 护 龄 | | |
| 主要工作 成绩和先进 事迹 (可附后页) | | | | | |
| 所在 单位 意见 | (加盖公章) | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |
| 卫生健康 行政部门 审核意见 | (加盖公章) | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |