|  |
| --- |
| 附件3社区卫生首席专家和社区健康管理专家推荐表 |
|  区卫生健康委（盖章）  |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **出生年月** | **单 位** | **职 称** | **学历** | **从事社区卫生工作年限** | **联系电话 （手机）** | **推荐类别****（首席专家/健康管理专家** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话：