附件2

2019—2020年“寻找身边最美药师”活动最美药师推荐表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |
| 执业单位 |  |
| 政治面貌 |  | 民族 |  |
| 单位类别 | □药品生产企业 □药品批发企业 □社会药店 □医疗机构 □其他 |
| 单位地址 |  | 邮编  |  |
| 办公电话 |  | 移动电话 |  |
| 最高学历 |  | 学位 |  | 专业 |  |
| 职务/职称 |  | 累计从事药学工作年限 |  |
| 执业药师资格证号 |  | 执业药师注册证号 |  |
| 被推荐人主要事迹 | 内容包括现任岗位职务，药学学习、工作的起始时间、经历及优秀事迹摘要，字数为300—500字。另附页报送2500字左右的详细事迹介绍。 |
| 被推荐人近五年获得表彰奖励情况 | 获得表彰奖励情况简介，字数为100—200字。相关证明须附复印件。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 被推荐人个人承诺 | 本人郑重声明：1.本人严格履行执业药师岗位职责，遵纪守法，执业行为规范，无违法违纪行为，无重大差错事故，不存在“挂证”等行为。2.为2019—2020年“寻找身边最美药师”活动提供的文字、视频、图片等所有材料真实、准确，无虚假材料。3.本人如提供虚假材料，愿意承担提供虚假材料所引起的一切后果。 承诺人签字：年 月 日 |
| 推荐单位意见 | 该同志诚信守法、无违法违纪行为，申报材料内容均真实合法，符合推荐条件，现予以推荐。（盖章） 年 月 日联系人 联系电话 |
| 管理机构推荐意见 | （盖章） 年 月 日联系人 联系电话 |

注：被推选人详细事迹介绍、近五年获得表彰奖励等相关证明材料复印件随该表一同报送。纸质版邮寄至：北京市海淀区文慧园南路甲2号“寻找身边最美药师”活动办公室（邮编：100082，电话：010-83025792、010-83025970），电子版发送至：zmys@health-china.com