

附件 1

“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	<input type="checkbox"/> 药品生产企业 <input type="checkbox"/> 药品批发企业 <input type="checkbox"/> 社会药店 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 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。			

<p>被推荐人 个人承诺</p>	<p>本人郑重声明：</p> <p>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。</p> <p>2.为第三届“寻找身边最美药师”活动提供的文字、视频、图片等材料真实、准确，无虚假材料。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<p>推荐单位 意见</p>	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>联系人 联系电话</p>
<p>管理机构推 荐意见</p>	<p style="text-align: right;">（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>联系人 联系电话</p>

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：杭州市莫干山路 188-200 号之江饭店北楼 4 楼浙江省执业药师协会（邮编：310005，电话：0571-85785537、0571-85785579），电子版发送至：zhejiangyaoshi@126.com