附件1.

**第二届河北优秀药师推荐表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 党 派 |  | | 民 族 |  | |
| 学 历 |  | | 学 位 |  | |
| 职 称 |  | | 职 务 |  | |
| 单 位 |  | | | | |
| 地 址 |  | | 邮 编 |  | |
| 办公电话 |  | | 移动电话 |  | |
| E-mail |  | | 会员编号 |  | |
| 专 业 |  | | 从事药学工作时间 | |  |
| 推荐类别 | □常规推荐  □特殊推荐：□抗疫 □重大发明  □扶贫、援疆、援藏、援外 | | | | |
| 主  要  工  作  业  绩 |  | | | | |
| 典型事迹或突出贡献 |  | | | | |
| 获得表彰  奖励情况  （另附相关证明复印件） |  | | | | |
| 本人承诺 | 我承诺：  所做的工作均为本人独立或作为主要参与者完成，所上报材料真实、可靠，科研成果、论文、专著等无不实与抄袭行为，对所申报的材料负责。并未受到单位纪律、行政、组织处罚或处分。  本人签字：  年 月 日 | | | | |
| 所在单位  意见 | （文字说明推荐意见）  负责人签字： （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 推荐学会（指定的专业委员会和机构）审核意见 | （书面说明推评过程及意见）  负责人签字：  （盖章） 年 月 日 | | | | |
| 河北省药学会审批意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | |

（有意向者于2023年7月31日前发送至指定邮箱hbsyxh001@163.com）