附件3

四川省康复医学会优秀康复三师申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 推荐分支机构/单位团体会员名称 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 科室/部门 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 会员编号 |  |
| 手机号 |  | 电子邮箱 |  | 推荐奖项 | （医师/治疗师/护师） |
| 身份证号 |  | 所在工作单位 |  |
| 其他社会团体任职 |  |
| 个人主要业绩 | （包括但不限于从临床工作量、科研成果、教学情况、论文发表、获奖情况、参加学会组织活动等多方面进行阐述）（800字左右，可另附页） |
|  所在分支机构意见 （主任委员签字） 2025年 月 日 | 所在单位意见 （盖章）2025年 月 日 |
| 学会审批意见 |  四川省康复医学会（盖章） 2025年 月 日 |

**注：**推荐奖项请从“医师”、“治疗师”、“护师”中限选一项填写，勿重复申报；分支机构推荐须由主任委员签字并加盖申请人所在单位公章，单位团体会员推荐加盖单位公章即可。