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。