附表3

**2018年3月-2020年3月获得省部级以上科技奖励医师登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年龄 | 专业 | 职称 | 获奖名称 | 颁发单位 | 获奖时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填表单位（公章）： 填表人：

联系电话： 填表日期：

1、此表由医疗、预防、保健机构填写，于2021年2月5日前上报指定考核机构。

2、报表+证件复印件可采取拍照或是扫描件形式发邮箱。