**第七个医师节“8.19中国医师节”特别钜献**

**“健康中国 你我同行·关爱生命‘救’在身边”全国地铁联动主题公益巡展**

**推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | |
| **申报人** | | \*\*\*/\*\*科/\*\*医院（个人/团队/单位） | | | | | |
| **联系人** | | \*\*\* | **邮箱** | | | | 1234567@163.com |
| **电话** | | \*\*\*\*\*\*\*\*\* | **填表日期** | | | | 2024年 月 日 |
| **推荐形式** | | ☑单位推荐 □学/协会推荐 □其他 | | | | | |
| **拟申报**  **巡展城市** | | 北京 上海 广州 成都 长沙 厦门 | | | | | |
| **主要事迹及获奖情况介绍（600字）** | | | | | | | |
|
|
| **展示信息** | | | | | | | |
| **名称** | （个人/团队/单位） | | | | **职务** | \*\*科主任（与所属医院官网一致） | |
| **单位** | \*\*医院\*\*科（与所属医院官网一致） | | | | | | |
| **宣传主题** | （8字～12字） | | | **照片** | | 4MB以上 （团队合影/个人半身或全身照） | |
| **序号 姓 名 职 务**  **1、**  **2、**  **3、**  **（如为团队，最多8人）**  **单位意见：**  同意推荐    **推荐单位：\*\*医院**签字/盖章（单位盖章有效） | | | | | | | |

**注：**

1. 完成填写《推荐表》并盖章后转PDF文件连同展示信息中的照片、《“健康中国 你我同行”全国地铁联动主题公益巡展肖像使用授权书》发送至：[zhongguoyishijie@163.com](mailto:yishibao2017@163.com) ，或原件邮寄到北京市西城区西环广场A座17层，联系人：李慧，电话：010-58302828。

2、文件名注明“健康中国 你我同行”主题巡展，—具体城市；

3、活动解释权归主办方所有；

4、监督电话：010-58302970