附件3

娄底市护理学会优秀护士奖推荐汇总表

推荐单位： 医院 / 护理学会（加盖公章）

联系人姓名： 联系人手机： 联系人邮箱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 候选人姓名 | 年龄 | 性别 | 工作单位 | 职务 | 职称 | 电子邮箱 | 手机号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |