附件：

**上海健康医学院教育发展基金会第五届“校长奖”推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  | | 照片 |
| 单 位 |  | | | | 学院/部门 |  | |
| 职称/职务 |  | | | | 政治面貌 |  | |
| 联系方式 | 手机 邮箱 | | | | | | |
| 推  荐  理  由 | （主要事迹等，500字以内） | | | | | | | |
| 历年获得市级以上奖励及所获荣誉 |  | | | | | | | |
| 自我推荐须填 | 本人承诺：以上内容及所附材料真实有效，如有虚假，由此引发的一切后果由本人承担。  签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 联名推荐人签名（联名推荐须填，可附页） | 姓名 | | | 所在单位及职务 | | | 联系方式 | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| 所在单位意见（单位推荐须填） | 分管领导签名： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | |
| 所在部门意见（部门推荐须填） | 分管领导签名： 部门公章  年 月 日 | | | | | | | |
| 评审委员会意见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 基金会  意见 | 理事长签名：  年 月 日 | | | | | | | |

注：1、联名推荐指2名以上（含2名）干部群众联名推荐，推荐人若众多，可另附推荐人信息。

2、表格请正反打印。